Anlage 12

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPOSITIONEN UND LEISTUNGSINHALTE

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

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
P1	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. EKG, Echo) laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz)** *Hausarztebene:* • *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* • *Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)* **Kardiologische Leistungen** **1. Dokumentation** • Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B.** • Echokardiographie • EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, LZ-RR • Stress-Echokardiographie • Transösophageale Echokardiographie (im Folgenden: TEE) • Invasive Diagnostik	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und sich diese Überweisung nicht nur auf eine Auftragsleistung gemäß dieser Anlage erstreckt und • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) 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. 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. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	**32 €** **incl. Labor** **(max. 54 € mit Zuschlägen:** **Q1 = 4 €,** **Q2b = 3 €,** **Q4 = 5 €,** **Q5 = 10 €)**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	4. Therapie • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien **5. Beratungen** • Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten • Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan **6. Berichte/Dokumentation** • Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT (gem. Anhang 1 zu Anlage 17) **Sonstiges situativ z.B.** • prä- und poststationäre Betreuung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) • Laborleistungen Kardiologie gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) • Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich **Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrages.**	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.	
P1UE	**Grundpauschale** **Siehe P1**	• Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern ○ eine **Überweisung vom HAUSARZT** vorliegt und ○ mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) • Nur additiv zu P1 abrechenbar.	**AOK: 10 €** **Bosch BKK: 5 €**

Anlage 12

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Zusatzpauschale P1a **(aufgegliedert in P1a I-III)**	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:** *Hausarztebene:* • *Ggf. alle 6-12 Wochen Gewicht(-sprotokoll)/ Kontrollen Blutdruck und Puls / Medikamente und Nebenwirkungen/Lebensstil und Verhalten/ggf. Lebensqualität und Depression.* • *Laborparameter wie K/Krea bei kaliumsparenden Diuretika, ACE-Hemmern/AT-1-Blockern* • *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Ahang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* • *Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17, Empfehlungen zur Herzinsuffizienz, Kapitel 17 Versorgungsmanagement)*	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). **Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	**60 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	Kardiologische Leistungen **1. Dokumentation** • korrekte endstellige ICD-Codierung • Dokumentation NYHA-Stadium • Linksventrikuläre Ejektionsfunktion (EF) • Exakte Dokumentation der Form der Herzinsuffizienz ▪ systolische/diastolische Funktion ▪ Genese ▪ Links-/Rechts-/Globalinsuffizienz **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. ggf. apparative Diagnostik** ▪ bildgebende nichtinvasive Diagnostik, wie z.B. Echokardiographie mit Nachweis einer Dysfunktion (Anlage 2) ▪ und/oder BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen) ▪ und/oder Röntgen-Thorax ▪ und/oder erweiterte bildgebende Diagnostik wie zum Beispiel TEE ▪ und/oder invasive Diagnostik	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.	
P1a I	**NYHA-Stadium I und II** Maximales Kontrollintervall: ▪ 1x jährlich bei normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF≥45%)	Maximal 1x im Krankheitsfall - bei Vorliegen von NYHA I oder II und normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF≥45%)	
P1a II	▪ 2 x jährlich bei mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funkion (EF 31-44%)	Maximal jedes übernächste Quartal - bei Vorliegen von NYHA I oder II und mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funkion (EF 31-44%)	
P1a III	▪ 4 x jährlich bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF ≤30%) **NYHA-Stadium III und IV** Maximales Kontrollintervall ▪ mindestens alle 3 Monate bei hochgradig (EF ≤30%), mittelgradig (EF 31-44%) und geringgradig (EF≥45%) eingeschränkter LV-Funktion	Maximal 1 x pro Quartal - bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF ≤30%) unabhängig vom NYHA-Stadium oder - bei Vorliegen von NYHA III oder IV	
	4. Therapie ▪ Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads	Die maximale Abrechnungshäufigkeit richtet sich nach der Einstufung NYHA/LV-Funktion des aktuellen Quartals.	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	▪ Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung ▪ Unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (Anhang 4 zu Anl. 17) ▪ Unter Berücksichtigung ergänzender Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Long-, Post-COVID – siehe Anlage 17 Anhang 3. **5. Beratung** ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, **6. Nachsorge** ▪ Diagnostik: Wiedervorstellungszyklen gemäß Nr. 3 ▪ Therapie: Kontrollintervalle gemäß den Empfehlungen (z.B. DEFI oder CRT; vgl. P1c) **Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.** **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)** ▪ Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizenz ▪ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT		

Zusatz-pauschale P1b	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:** *Hausarztebene:* - *Ggf. alle 6 Monate beim HAUSARZT, mit Kontrollen Blutdruck / Gewicht / Medikamenten* - *ggf. Labor (z.B. K/Krea unter ACE-Hemmer/AT-1-Blocker/ Diuretika)* - *Lebensstil / ggf. Lebensqualität / Depression* - *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* - ***Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (Anlage 17)*** **Kardiologische Leistungen** **1. Dokumentation** ▪ Korrekte endstellige ICD-Codierung **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. Apparative Diagnostik** ▪ EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Invasive Diagnostik	Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). **Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	**32 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	4. Therapie ▪ Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung ▪ Unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (siehe Anhang 4 zu Anlage 17) ▪ Unter Berücksichtigung ergänzender Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Long-, Post-COVID – siehe Anlage 17 Anhang 3. **5. Beratungen** ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan **6. Nachsorge** • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild ▪ Chronisch stabile KHK - 1x pro Jahr ▪ Bei klinischer Verschlechterung ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle ▪ Nach interventioneller Therapie; - nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK ▪ Nach Bypassoperation: - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK ▪ Nach akutem Koronarsyndrom: - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK **Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich** **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)** ▪ Überweisungsformular Kardiologie (vom HAUSARZT zum FACHARZT)	Ist abrechenbar - im Regelfall max. 1 x im Krankheitsfall, - nach Intervention, Bypassoperation, akutem Koronarsyndrom: bis zu 4 Quartale (max. 1x pro Quartal) des Krankheitsfalls.	

Zusatz-pauschale P1c	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:** *Hausarztebene:* ▪ *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Ahang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* ▪ *Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)* **Kardiologische Leistungen** **1. Dokumentation** Korrekte, endstellige ICD-Codierung **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. Apparative Diagnostik** ▪ EKG ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. Invasive Diagnostik **4. Therapie** ▪ Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie - ggf. Kardioversion - ggf. Schrittmacherimplantation oder Implantation eines Ereignisrekorders gemäß den aktuell gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. DEFI, Ablation) ▪ Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung ▪ Unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (Anhang 4 zu Anl. 17) ▪ Unter Berücksichtigung ergänzender Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Long-, Post-COVID – siehe Anlage 17 Anhang 3.	Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). **Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	**37 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	5. Beratungen ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan **6. Nachsorge** Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild ▪ Stabil: Vorstellung in der Regel in 6 bis 12-monatigen Abständen Verschlechterung: ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle Kontrollintervalle bei Schrittmacher-/ Defi-/ CRT-Patienten (gemäß Anlage 2) ▪ Schrittmacher/implantierbare Ereignisrecorder (Eventrecorder): - unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel, nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 6 bis 12- monatigen Abständen, vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle - bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich - die Abfrage des Herzschrittmachers/Eventrecorders kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen CRT-Defi: unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 3- bis 6-monatigen Abständen vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle - bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich - die Abfrage des DEFI/CRT-DEFI kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen • Kontrollintervalle nach Kardioversion ▪ Folgetag der Kardioversion, nach 4 Wochen, 3 und 6 Monaten, danach in 6- bis 12-monatigen Abständen **Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.** **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)** strukturierter Befundbericht für den Hausarzt vom Kardiologen	Ist abrechenbar - im Regelfall max. 1x im Krankheitsfall, Ausnahme: Bei Wiederauftreten akuter Rhythmusstörungen 1x im zugehörigen Quartal, - Abrechnung max. 1x pro Quartal bei Schrittmacher- / Defi- / CRT-Kontrolle, - max. 3 x im Krankheitsfall (max. 1x im Quartal) nach Kardioversion.	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Zusatz-pauschale P1d	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:** Hausarztebene: • *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Ahang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* • ***Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17), Versorgungskoordination, Empfehlungen zu Vitien)*** **Kardiologische Leistungen** **1. Dokumentation** • Korrekte endstellige ICD-Codierung **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. Apparative Diagnostik** ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. EKG ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. Invasive Diagnostik	Ist abrechenbar additiv zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). **Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	**33 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	4. Therapie ▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. Intervention, OP) ▪ Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung ▪ Unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (Anhang 4 zu Anl. 17) **5. Beratungen** ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan **6. Nachsorge** Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes ▪ Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen ▪ Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle ▪ Nach Intervention/OP individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung **Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich** **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)** Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT	1 x im Krankheitsfall	
Zusatzpauschale P1e	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Hypertonie, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) insbesondere:** Hausarztebene: • *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)* • ***Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17))*** **Kardiologische Leistungen** 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. **1. Dokumentation** ▪ Korrekte, endstellige ICD-Codierung **Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). **Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Ist 1 mal im Quartal und max. 2 mal in 4 Quartalen abrechenbar.	**28 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	• Diagnostik und Bestimmung des Schweregrades • Diagnostische Differenzierung in primär oder sekundär • **Apparative Diagnostik** ▪ EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. LZ-RR • **Therapie** ▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. erweiterte Diagnostik, Intervention) ▪ Krankheitsspezifische Beratung zu klima- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Sinne einer klimaresilienten Versorgung ▪ Unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (Anhang 4 zu Anl. 17) • **Beratungen** ▪ 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). ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst • **Nachsorge** Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes ▪ Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen ▪ Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle ▪ Nach Intervention individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)** Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	
Zusatzpauschale P2	**Angiologiemodul**	qualifikationsgebunden Abrechnender FACHARZT darf keine Überweisungen für Duplexuntersuchungen ausstellen, für die er selbst die Qualifikation besitzt.	**37 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	1. Leistungen • Carotisduplex und/oder • Venenduplex und/oder • Beinduplex und/oder • Nierenarterienduplex und/oder • Weitere Duplexuntersuchungen	Bei Zielaufträgen vom HAUSARZT/ FACHARZT dürfen lediglich P2 und A0 abgerechnet werden. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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).	
P3	**Diagnostikzuschlag** • unter Berücksichtigung einer geschlechtersensiblen Versorgung (Anhang 5 zu Anl. 17)	Ist 1-mal in 4 Quartalen abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a-e, P2) Nicht abrechenbar, wenn Leistungen aus dem § 73c-Gastro-Vertrag im selben Quartal abgerechnet werden.	**25 €**

BG1		•	

3. Einzelleistungen

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 Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Einzelleistungen sind nicht abrechenbar, sofern diese Leistung als Hybrid-DRG gemäß §115f SGB V abrechnungsfähig ist.

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E1	**Transösophageale Echokardiographie (TEE)**	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**60 €**
E2a	**Schrittmacher und Event-Recorder-Nachsorge (SM-/ILR-Nachsorge)**	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2b und E2c am selben Tag	**30 €**
E2b	**Defi-System Nachsorge**	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2a und E2c am selben Tag	**50 €**
E2c	**CRT-System Nachsorge**	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2a und E2b am selben Tag	**60 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E3a	**Linksherzkatheter**	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar, wenn E3b nicht abrechenbar; Die EBM Ziffern 34283 (Serienangiographie) und 34287 (Zuschlag zu 34283 bei Verwendung eines C-Bogens) sind nicht am selben Tag neben E3a 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 Druck-drahtes 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.	**660 €**
E3b	**Linksherzkatheter** als Kontrolluntersuchung nach PCI (im selben Quartal)	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar nach E4a/E4b/E5a/E5b (d.h. ab Folgetag) inkl. Sachkostenpauschale	**406,50 €**
E4a	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal - E4b, E5a, E5b, E6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	**2.060 €**

Anlage 12

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E4b	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal E4a, E5a, E5b am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	**2.660 €**
E5a	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Mehr-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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	**2.750,20 €**
E5b	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Mehr-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal E4a, E4b, E5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-	**3.350,20 €**
E6	**Honorarpauschale Drug-Eluting Stent (DES)**	inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit E4b oder E5b	**500 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E7	**Sonder-Devices**	z. B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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!	**900 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E8	**Kardioversion**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Überwachung nach Eingriff ist obligat. max. 3x im Krankheitsfall Bei Qualifikationsvoraussetzungen gem. Anhang 1 zu Anlage 1	**400 €**
E9	**Rechtsherzkatheter**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**50 €**
E10	**Spiroergometrie** Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften (Umwandlung in Q5 bei Erreichen von 10 Einzelleistungen pro Quartal gemäß Abschnitt II, Abs. II	**35 €**
E11a DMP (Abrechnung über Ziff. 99967)	**DMP-Ebene 2 (invasiv)**	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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	**Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell** **32 €**
E11b DMP (Abrechnung über Ziff. 99968)	**DMP-Ebene 2 (nicht-invasiv)**	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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	**Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell** **32 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E15	**Schrittmacherimplantation (1-Kammer)**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E16-E19, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**3.900 €**
E16	**Schrittmacherimplantation (2-Kammer)**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15, E17-E19, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**4.400 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E17	**Implantation Eventrekorder**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15, E16, E18- E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**3.100 €**
E18	**Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E17, E19, E21, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**2.300 €**
E19	**Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E18, E21, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**3.000 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E20	**Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17, E21 und E22 sowie E33-E37 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.	**1.900 €**
E21	**Explantation Eventrecorder**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17-E20, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 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.	**1.600 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E22	**Implantation Eventrecorder 2. Generation**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E20 und E24-E28 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmus-störung kodiert wird.	**3.800 €**
E24	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Neuimplantation 1-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E25-E28 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.500 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E25	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24 und E26-E28 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**7.000 €**
E26	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Neuimplantation 2-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24, E25, E27 und E28 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**9.500 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E27	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E26 und E28 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.000 €**
E28	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E24-E27 sowie E33-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.700 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E30	**Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)** Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben E31 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung	**268 €**
R1	**Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)** Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	• Nur abrechenbar, wenn der KARDIOLOGE einen Kooperationsvertrag mit einem Radiologen gegenüber der Managementgesellschaft nachweist und keine Teilnahme des Radiologen nach Anlage 19 des Facharztvertrags Kardiologie zu Stande kommt. Die Vergütung des radiologischen Kooperationspartners erfolgt im Binnenverhältnis durch den KARDIOLOGEN • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben R2 am selben Tag • nicht abrechenbar, wenn der radiologische Kooperationspartner die R1 oder R2 gemäß Anlage 19 dieses Vertrages abrechnet • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung	**402 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E31	**Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress – Perfusion (Kardio-MRT – Stress)** Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben E30 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung	**300 €**
R2	**Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress – Perfusion (Kardio-MRT – Stress)** Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	• Nur abrechenbar, wenn der KARDIOLOGE einen Kooperationsvertrag mit einem Radiologen gegenüber der Managementgesellschaft nachweist und keine Teilnahme des Radiologen nach Anlage 19 des Facharztvertrags Kardiologie zu Stande kommt. Die Vergütung des radiologischen Kooperationspartners erfolgt im Binnenverhältnis durch den KARDIOLOGEN • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben R1 am selben Tag • nicht abrechenbar, wenn der radiologische Kooperationspartner die R1 oder R2 gemäß Anlage 19 dieses Vertrages abrechnet • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung	**450 €**
E32	**Kontrastmitteleinbringung bei Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Je Durchführung abrechenbar	**10,00 €**
E33	**Implantation von CRT-D** • **Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28 und E34-E37 am selben Tag	**9.736 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		• 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
E34	**Implantation von CRT-SM** • **Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33 und E35-E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**6.496 €**
E35	**Implantation von CRT-SM** • **Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33, E34, E36 und E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**4.101 €**
E36	**Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD)** • **Neuimplantation: S-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)	**9.736 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33-E35 und E37 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
E37	**Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD)** • **Aggregatwechsel: S-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28 und E33-E36 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**7.901 €**
E38	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (PBA) Indikationsstellung gem. EBM 13578** • **Indikationsstellung inklusive Aufklärung einer Patientin/eines Patienten** • **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13578**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Eine Einheit à 5 Minuten • Maximal 3 Einheiten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Die EBM 13578 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	**8,20 €**
E39	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (PBA) Zusatzpauschale Betreuung gem. EBM 13579** • **Zusatzpauschale für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten** • **Austausch zwischen primär behandelnden Arzt und Telemedizinischem Zentrum, die Indikationsprüfung sowie den Kontakt zwischen Patienten und primär**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Die EBM 13579 darf nicht über die KV abgerechnet	**16,00 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	behandelnden Arzt gegebenenfalls mit Therapieanpassung (Aufklärung zur Kontaktaufnahme TMZ). • **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13579**	werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	
E40	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Anleitung und Aufklärung gem. EBM 13583** o **Anleitung und Aufklärung einer Patientin/eines Patienten** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13583**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13583 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	**12,00 €**
E41	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) kardiales Aggregat gem. EBM 13584** o **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13584**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13584 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	**137,50 €**
E42	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) externe Messgeräte gem. EBM 13586** o **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13586**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13586 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz	**263,00 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		(GZK) enthalten ist.	
E42b	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) externe Messgeräte gem. EBM 13586 bei Patienten mit HFpEF /HFmrEF und dem Vorliegen weiterer Selektionskriterien** o **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13586** Selektionskriterien bei HFpEF/HFmrEF: • EKG Werte (Vorhofflimmern, Ruhefrequenz >90/min, gehäufte supraventrikuläre oder ventrikuläre Extrasystolie) • BNP Werte NTproBNP ≥300 pg/ml bei Sinusrhythmus oder ≥600 pg/ml bei Vorhofflimmern (Einschlusskriterien der DELIVER Studie) • dekompensiert in den letzten 12 Monaten • Unkontrollierter Blutdruck (>160/100 mmHg)	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13586 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz • Nur abrechenbar bei Patienten mit HFpEF/HFmrEF und Vorliegen der Selektionskriterien (siehe Versorgungs- und Leistungsinhalt) • Diese Leistung kann frühestens zum 30.09.2027 einseitig durch die AOK- bzw. Bosch BKK-gekündigt werden.	**263,00 €**
E43	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Zuschlag E36 und E37 gem. EBM 13585 und 13587** o **Zuschlag zu E41 (EBM 13584) und E42 (EBM 13586) für das intensivierte Telemonitoring** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13585 und 13587**	• Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13585 sowie 13587 dürfen nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten sind.	**29,50 €**
E44	**Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung gem. EBM 40910** o **Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung mit externen Messgeräten** o **Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 40910**	• Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 40910 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	**71,50 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E45	**Kostenpauschale für Transmitter für Telemonitoring und telemedizinische Funktionsanalyse gemäß EBM 40909** Diese Leistung kann im Zusammenhang mit der Durchführung der folgenden Leistungen abgerechnet werden, die inhaltlich der folgenden EBM-Ziffern entsprechen: 04414 / 13574 (siehe GOP E2b, Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters / Defibrillators), 04416 / 13576 (Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie) und 13584 (siehe GOP E41, Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat).	• Abrechnungs-/Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM 40909 • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz **oder** die KV-Genehmigung Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators oder eine KV-Genehmigung eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie gegenüber MEDI erforderlich1x im Krankheitsfall abrechenbar • E45 ist nur additiv zu E2b oder E2c (im Rahmen einer telemedizinischen Funktionsanalyse) oder E41 abrechenbar • E45 ist je Patient dreimal berechnungsfähig (analog EBM 40909). Sofern im Zusammenhang mit einem Wechsel des kardialen Aggregates ein neuer Transmitter erforderlich ist, ist die GOP je Patient erneut dreimal berechnungsfähig. • Die E45 umfasst die Gerätekosten des Transmitters sowie sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung des Transmitters. • Mit E45 sind alle Funktions-, Service- und Betriebskosten (z.B. Infrastrukturkosten, Austausch bei Defekt) abgegolten. • Für Patientinnen und Patienten, die bereits mit einem Transmitter ausgestattet sind, ist die E45 nicht berechnungsfähig. • Die EBM 40909 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	**396,67 EUR**
32097	**BNP: Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar	**19,40 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
32150	**Troponin: Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar	**11,25 €**
32212	**Firbrin: Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar	**17,80 €**
32232	**Lactat: Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar	**6,90 €**
4. Zuschläge			
ZP1 (Zuschlag auf P1)	Grundversorgungspauschale	1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. Keine Abrechnung neben V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal.	**12 €**
ZP2 (Zuschlag auf P1)	Grundversorgungspauschale Fachinternisten ohne Schwerpunkt (FIOS)	• Nur abrechenbar für Fachinternisten ohne Schwerpunkt. (PSM 29) • 1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. • Keine Abrechnung neben ZP1, V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal.	**20 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Z1a (Zuschlag auf P1a III)	Zuschlag zu P1a III für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich. Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1a, jedoch nur bei NYHA-Stadium III/IV oder linksventrikuläre EF ≤30%. 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.	**19 €**
Z1b (Zuschlag auf P1b)	Zuschlag zu P1b für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich. 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 Abrechungsquartal.	**19 €**
Z1c (Zuschlag auf P1c)	Zuschlag zu P1c für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich. Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1c. 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 Abrechungsquartal.	**19 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
5. Qualitätszuschläge			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt ein Zuschlag **auf die Pauschale P1** gemäß Anhang 3	**4 € / Quartal**
Q3	Herzkatheter	Individueller Qualitätszuschlag auf E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b gemäß Anhang 4	**60 €**
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.	**5 €**
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.	**10 €**
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: • 100%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 400 Zuschläge • 75%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 300 Zuschläge • 50%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 200 Zuschläge Das Nähere ist abschließend in Anh. 7 zu Anl. 12 geregelt.	**AOK: 10 €** **Bosch BKK: 5 €**

Q9	Strukturzuschlag Brustschmerzambulanz (BSA)	Der Zuschlag erfolgt als Pauschale je BSNR, sofern eine Zertifizierung oder Re-Zertifizierung zur Brustschmerzambulanz stattgefunden hat und diese gegenüber der Management-gesellschaft nachgewiesen wird. Die initiale Zertifizierung gilt dabei für 3 Jahre. Eine darauf aufbauende Re-Zertifizierung gilt für die Dauer von 5 Jahren. Praxen, die zum 01.01.2024 bereits eine Zertifizierung/ Re-Zertifizierung zur Brustschmerzambulanz durchgeführt haben und dies der Managementgesellschaft nachweisen, können den Zuschuss einmalig nachträglich erhalten.	**500 €**
EAVP*	Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12.	Der Zuschlag wird automatisch ein Mal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Kardiologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt.	**250 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	6. Auftragsleistungen **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 Notfälle. 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.** **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).**		
A0	**Auftragsgrundpauschale** Grundpauschale für die Erbringung von folgenden Auftragsleistungen: - TEE (A1) - Schrittmacher-/Eventrecorder Nachsorge (A2a) - Defi-System-Nachsorge (A2b) - CRT-System-Nachsorge (A2c) - Kardioversion (A8) - Spiroergometrie (A10) - Stressecho (A11) - Ergometrie (Belastungs- EKG) (A14) - Schrittmacherimplantation (1-Kammer) (A15) - Schrittmacherimplantation (2-Kammer) (A16) - Implantation Eventrekorder (A17 und A22) - Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM (A18) - Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM (A19) - Revision HSM ohne Aggregatwechsel (A20) - Explantation Eventrecorder (A21) - Angiologie als Auftragsleistung (P2) - Langzeitblutdruckmessung (A23)	Ist max. 1x pro Patient/Quartal abrechenbar, jedoch nicht neben - P1 - P1a-d - Z2 - allen Einzelleistungen. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**16 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A1	**Transösophageale Echokardiographie (TEE)** Indikation und Durchführung analog zu E1	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**60 €**
A2a	**Schrittmacher und Event-Recorder-Nachsorge (SM-/ILR-Nachsorge)** Indikation und Durchführung analog zu E2 a	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2b und A2c am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	**20 €**
A2b	**Defi-System Nachsorge** Indikation und Durchführung analog zu E2 b	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2c am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	**40 €**
A2c	**CRT-System-Nachsorge** Indikation und Durchführung analog zu E2 c	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2b am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	**50 €**
A3a	**Linksherzkatheter** Indikation und Durchführung analog zu E3a	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**641,50 €**

A3b	**Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI** Indikation und Durchführung analog zu E3 b	Qualifikationsgebunden. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Nur abrechenbar nach (d.h. ab Folgetag) A3a Sonstige Vergütungsregelungen analog E3b inkl. Sachkostenpauschale	**406,50 €**
A4a	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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	**2.060 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A4b	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Ein-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a im selben Quartal - A4a A5a, A5b am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	**2.760 €**
A5a	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Mehr-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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	**2.750,20 €**
A5b	**Perkutane Koronarintervention (PCI)** Mehr-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a im selben Quartal - A4a, A4b, A5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	**3.450,20 €**
A6	**Honorarpauschale** Drug-Eluting-Stent (DES)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit A4b oder A5b inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent	**500 €**

A7	**Sonderdevices**	z.B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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. 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 einreichen!	**900 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A8	**Kardioversion** Indikation und Durchführung analog zu E8	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften Überwachung nach Eingriff obligat max. 3x im Krankheitsfall sonstige Vergütungsregelungen analog E8	**400 €**
A9	**Rechtsherzkatheter**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. inkl. Sachkosten	**82€**
A10	**Spiroergometrie** Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1) Indikation und Durchführung analog zu Q5	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften	**35 €**
A11	**Stressecho**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden	**54 €**
A15	**Schrittmacherimplantation (1-Kammer)**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A16-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.	**3.900 €**

A16	**Schrittmacherimplantation (2-Kammer)**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**4.400 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A17	**Implantation Eventrekorder**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**3.100 €**
A18	**Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**2.300 €**
A19	**Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**3.000 €**

A20	**Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. 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.	**1.900 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A21	**Explantation Eventrecorder**	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. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**1.600 €**
A22	**Implantation Eventrecorder der 2. Generation**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A20 und A24-A28 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. Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmus-störung kodiert wird.	**3.800 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A24	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Neuimplantation 1-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22 und A25-A28 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.500 €**
A25	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24 und A26-A28 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**7.000 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A26	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Neuimplantation 2-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24, A25, A27 und A28 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**9.500 €**
A27	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A26 und A28 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.000 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A28	**Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren** • **Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A27 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. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	**8.700 €**
A30	**Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben A31 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung	**247,20 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A31	**Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress – Perfusion (Kardio-MRT – Stress)**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben A30 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung	**280,80 €**
A33	**Implantation von CRT-D** **Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28 und A34-A37 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.	**9.736 €**
A34	**Implantation von CRT-SM** **Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33 und A35-A37 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.	**6.496 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A35	**Implantation von CRT-SM** **Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33, A34, A36 und A37 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.	**4.101 €**
A36	**Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD)** **Neuimplantation: S-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33-A35 und A37 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.	**9.736 €**
A37	**Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD)** **Aggregatwechsel S-ICD**	• Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28 und A33-A36 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.	**7.901 €**
Zielauftrag auch vom HAUSARZT möglich:			
A12	**Erbringung Langzeit EKG**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**12,50 €**

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A13	**Auswertung Langzeit EKG**	Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	**12,50 €**
A14	**Ergometrie (Belastungs-EKG)**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**12,50 €**
A23	**Langzeitblutdruckmessung**	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	**12,50 €**
6. Vertretungsleistungen			
V1	Vertretungspauschale	Neben V1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen, die Zusatzpauschalen zu P1 und die Zuschläge Z1a-c abrechenbar Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)).	**17,50 €**

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg