

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN UND LEISTUNGSIHALTE

Mit Inkrafttreten der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) ab 01.01.2026 können keine Leistungen im Rahmen dieses Vertrages abgerechnet werden, wenn deren Vergütung im Rahmen der jeweiligen Hybrid-DRG bereits abgegolten ist. Dies gilt auch für Leistungen, die künftig als Hybrid-DRG eingestuft werden.

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: • Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung • Bio-psycho-soziale Anamnese • Klinische Untersuchung, • Laboruntersuchungen • apparative Diagnostik • Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) • Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) • Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitscheiben gemäß Anhang 1 Anlage 18) • Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes • Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt	1x 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 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. 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.	40,00 € incl. Labor

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	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 4. Therapie • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien 5. Beratungen • Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten • Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 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) und Vorort-Labor (Troponin, ggf. BNP, NTproBNP, D-Dimere u.a.) • Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich • Informationen zur freiwilligen Nutzung der Webanwendung BNK Cardio-Coach und ggf. weiterführende Unterstützung. Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrags.	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	
Zusatzpauschale	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem.	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage	56 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
P1a (aufgegliedert in P1a I-III)	EBM- Ziffernkranz) insbesondere: <i>Hausarztebene:</i> - 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)	12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.	
P1a I	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) <u>und/oder</u> BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen) <u>und/oder</u> Röntgen-Thorax <u>und/oder</u> erweiterte bildgebende Diagnostik wie zum Beispiel TEE <u>und/oder</u> invasive Diagnostik NYHA-Stadium I und II Maximales Kontrollintervall: 1x jährlich bei normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF≥45%)	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. Maximal 1x im Krankheitsfall - bei Vorliegen von NYHA I oder II und normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF≥45%)	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
P1a II	2 x jährlich bei mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%)	Maximal jedes übernächste Quartal - bei Vorliegen von NYHA I oder II und mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (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 4. Therapie - Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien - Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads 5. Beratung - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 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. 6. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17) 4. Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizienz Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT	Maximal 1 x pro Quartal - bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF ≤30%) unabhängig vom NYHA-Stadium oder - - bei Vorliegen von NYHA III oder IV Die maximale Abrechnungshäufigkeit richtet sich nach der Einstufung NYHA/LV-Funktion des aktuellen Quartals.	
Zusatzpauschale P1b	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere: <i>Hausarztebene:</i> - 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	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.	29 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	□ 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 4. Therapie ▪ Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien 5. Beratungen ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 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	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. Ist abrechenbar - im Regelfall max. 1 x im Krankheitsfall, nach Intervention, Bypassoperation, akutem Koronarsyndrom: bis zu 4 Quartale (max. 1x pro Quartal) des Krankheitsfalls.	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17) Überweisungsformular Kardiologie (vom HAUSARZT zum FACHARZT)		
Zusatzpauschale P1c	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere: <i>Hausarztebene:</i> - 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-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) 5. Beratungen - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 6. Nachsorge - Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild	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. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	35 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	▪ 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. 3x im Krankheitsfall (max. 1x im Quartal) nach Kardioversion.	
Zusatzpauschale P1d	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere: Hausarztbene: • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17), Versorgungskoordination, Empfehlungen zu	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.	35 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	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 4. Therapie - Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien - ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z. B. Intervention, OP) 5. Beratungen - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 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	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. 1x im Krankheitsfall	
Zusatzpauschale P1e	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Hypertonie, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) insbesondere:	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale	30 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	Hausarztbene: • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • 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 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung ▪ Diagnostik und Bestimmung des Schweregrades ▪ Diagnostische Differenzierung in primär oder sekundär 3. Apparative Diagnostik ▪ EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. LZ-RR 4. Therapie ▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z. B. erweiterte Diagnostik, Intervention) 5. 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 BETRIEBSKRANKENKASSEN 6. Nachsorge • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes	(P1a-e oder P3) abgerechnet werden. Ist 1x im Quartal und max. 2x in 4 Quartalen abrechenbar. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- Bei stabiler Klinik Vorstellung in 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		
Zusatz-pauschale P2	Angiologiemodul 1. Leistungen - Carotisduplex und/oder - Venenduplex und/oder - Beinduplex und/oder - Nierenarterienduplex und/oder Weitere Duplexuntersuchungen	qualifikationsgebunden Abrechnender FACHARZT darf keine Überweisungen für Duplexuntersuchungen ausstellen, für die er selbst die Qualifikation besitzt. Bei Zielaufträgen vom HAUSARZT/ FACHARZT dürfen lediglich P2 und A0 abgerechnet werden. 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).	41 €
P3	Diagnostikzuschlag	Ist 1x in 4 Quartalen abrechenbar. Abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1A-E, P2) Nicht abrechenbar, wenn Leistungen aus BKK.MeinFacharzt Modul-Gastroenterologie im selben Quartal abgerechnet werden.	23 €
BG1	Beratungsgespräch Long-, Post-COVID situativ und gemäß aktuellem Sachstand Facharztzentrierte Versorgung FAV, hier Kardiologie Biopsychosoziale Beratung je nach Symptomen, z.B. zur eingeschränkten Belastbarkeit	Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar Maximal 1 x im Krankheitsfall (vier aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 (ICD-Liste)	20 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- multidisziplinäre evidenzbasierte Unterstützung auch digital, nach Häufigkeit aufgeführt: - z.B. bei Dyspnoe, eingeschränkter Belastbarkeit, chronischem Fatigue-Syndrom (www.mcfs.de): Thorakalen Schmerzen, Palpitationen und Herzrasen, Kreislaufstabilität, depressiven Verstimmungen, Müdigkeit Online-Informationsquellen gemäß aktuellem Sachstand, z.B. www.dgn.org www.aerzteblatt.de COVID-19: Empfehlungen bei kardialen Komplikationen (18. März.2022) Übungen zur Atemtherapie für zu Hause: https://www.awmf.org; - Post-Covid-Reha: https://www.deutsche-rentenversicherung.de; - Rauchstopp www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analogen wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).	Nur nach Überweisung durch den HZV-Hausarzt abrechenbar Mind. 10 Minuten Diese Leistung ist befristet bis zum 31.12.2026	

2. 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.

E1	Transösophageale Echokardiographie (TEE)	qualifikationsgebunden	60 €
E2a	Schrittmacher-Nachsorge ö(SM-Nachsorge)	qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben E2b und E2c am selben Tag	25 €
E2b	Defi-System Nachsorge	qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben E2a und E2c am selben Tag	45 €
E2c	CRT-System Nachsorge	qualifikationsgebunden	55 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Nicht abrechenbar neben E2a und E2b am selben Tag	
E3a	Linksherzkatheter	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.	660,00 €
E3b	Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI (im selben Quartal)	qualifikationsgebunden nur abrechenbar nach E4a/E4b/E5a/E5b (d.h. ab Folgetag) inkl. Sachkostenpauschale	406,50 €
E4a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI	qualifikationsgebunden 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 €
E4b	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal - E4a, E5a, E5b am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	2.660 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E5a	Perkutane Koronarintervention (PCI) 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	2.750,20 €
E5b	Perkutane Koronarintervention (PCI) 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	3.350,20 €
E6	Honorarpauschale Drug-Eluting Stent (DES)	inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit E4b oder E5b	500 €
E7	Sonder-Devices	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	900 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Abrechnungsquartale des Vertrages bei der Managementgesellschaft einreichen!	
E8	Kardioversion	Überwachung nach Eingriff ist obligat. max. 3x im Krankheitsfall Bei Qualifikationsvoraussetzungen gem. Anhang 1 zu Anlage 1	400 €
E9	Rechtsherzkatheter		50 €
E10	Spiroergometrie 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)	35 €
E12	Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie – Anlage 12 Anhang 7) Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen • Ernährungsberatung (Vitamin K) • Arzt-Patient-Kontakt • Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen • Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes	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. Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal. Die E13 kann nicht im gleichen Quartal neben der E12 abgerechnet werden. 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. 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	120 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der BETRIEBSKRANKENKASSE. Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.	
E13	Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K Antagonisten Therapie (VKA Therapie – Anlage 12 Anhang 7) • Laboruntersuchungen • Führen des Passes, Terminmanagement • Arzt-Patient-Kontakt • Einwirken auf die Adhärenz des Patienten	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. Zudem muss mindestens eine der in Anhang 6 zu Anlage 12 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z. B. CoaguChek®) nicht abrechenbar. Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal. Die E13 kann nicht im gleichen Quartal neben der E12 abgerechnet werden. 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. Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm im Betrachtungszeitraum (Abrechnungsquartal + 5 Vorquartale) entweder ausschließlich und mindestens einmal	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der BETRIEBSKRANKENKASSE. Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.	
E15	Schrittmacherimplantation (1-Kammer)	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E16, E17, E18 und E19 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	3.900 €
E16	Schrittmacherimplantation (2-Kammer)	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E15, E17, E18 und E19 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	4.400 €
E17	Implantation Eventrekorder	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E15, E16, E18, E19 und E20 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind, nicht über die KV abgerechnet werden.	3.100 €
E18	Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E15, E16, E17, E19 und E21 am	2.300 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind, nicht über die KV abgerechnet werden.	
E19	Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E15, E16, E17, E18 und E21 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind, nicht über die KV abgerechnet werden.	3.000 €
E20	Revision HSM ohne Aggregatwechsel	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E17 und E21 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind, nicht über die KV abgerechnet werden.	1.900 €
E21	Explantation Eventrecorder	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben E18, E19 und E20 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind, nicht über die KV abgerechnet werden.	1.600 €
E22	Implantation Eventrecorder mit Recordern der 2. Generation	- qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) - nicht abrechenbar neben E15-E20 und E24-E28 am	3.800 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		selben Tag - Inkl. Sachkosten - Inkl. prä- und postoperative sowie anesthesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) - Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 140a-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 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.	
E24	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Neuimplantation 1-Kammer-ICD	• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E25-E28 am selben Tag • inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anesthesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	8.500 €
E25	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD	- qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) - nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24 und E26-E28 am selben Tag - Inkl. Sachkosten - Inkl. prä- und postoperative sowie anesthesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) - Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur	7.000 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Anlage 12).	
E26	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Neuimplantation 2-Kammer-ICD	• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24, E25, E27 und 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	9.500 €
E27	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD	• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E26 und 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 140a-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	• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E24-E27 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 140a-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 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 18 des Facharztvertrags Kardiologie zu Stande kommt. Die Vergütung des radiologischen Kooperationspartners erfolgt im Binnenverhältnis durch den KARDIOLOGEN (Honorarübertragung möglich) • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt 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 • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung	402 €
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 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 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
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 18 des Facharztvertrags Kardiologie zu Stande kommt. Die Vergütung des radiologischen Kooperationspartners erfolgt im Binnenverhältnis durch den KARDIOLOGEN (Honorarübertragung möglich) - Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt 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 - je Untersuchung abrechenbar - Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung	450 €
E32	Kontrastmitteleinbringung bei Echokardiographie/Sonographie des Abdomens	je Untersuchung abrechenbar	10,00 €
E33	Implantation von CRT-D Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D	- qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) - nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28 und E34-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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	9.736 €
E34	Implantation von CRT-SM Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM	- 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	6.494 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		neben dieser Ziffer bei 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
E35	Implantation von CRT-SM Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM	- 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 140a-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	- qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) - 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	9.736 €
E37	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) Aggregatwechsel: S-ICD	- 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 140a-Patienten nicht über die KV	7.901 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		- abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
E38	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (PBA) Indikationsstellung gem. EBM 13578 - Indikationsstellung inklusive Aufklärung einer Patientin/eines Patienten - Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13578	- Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) - 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.	7,76 €
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 behandelnden Arzt gegebenenfalls mit Therapieanpassung (Aufklärung zur Kontaktaufnahme TMZ). - Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13579	- Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) - Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. - Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM - Die EBM 13579 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	15,28 €
E40	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Anleitung und Aufklärung gem. EBM 13583 - Anleitung und Aufklärung einer Patientin/eines Patienten - Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13583	- Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) - 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.	11,34 €
E41	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) kardiales Aggregat gem. EBM 13584	Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch)	131,27 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat - Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13584	- 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.	
E42	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) externe Messgeräte gem. EBM 13586 - Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte - Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13586	- Erfordert Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch) - 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 (GZK) enthalten ist.	250,61 €
E43	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Zuschlag E41 und E42 gem. EBM 13585 und 13587 - Zuschlag zu E41 (EBM 13584) und E42 (EBM 13586) für das intensivisierte Telemonitoring - 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.	28,00 €
E44	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung gem. EBM 40910 - Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung mit externen Messgeräten - 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	68,00 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist.	
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 den folgenden EBM-Ziffern entsprechen: 04414 / 13574 (Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators), 04416 / 13576 (Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie) und 13584 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat).	- Abrechnungs-/Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM 40909 - Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich 1x im Krankheitsfall abrechenbar - E45 ist nur additiv zu E2b oder E2c im Rahmen einer telemedizinischen Funktionsanalyse abrechenbar. - E45 ist nur additiv zu E41 abrechenbar. - E45 ist je Patient dreimal berechnungsfähig (analog EBM). 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 Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) enthalten ist.	396,67 €
32097	BNP: Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/ oder MR-Pro-ANP	je Untersuchung abrechenbar	19,40 €
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	je Untersuchung abrechenbar	11,25 €
32212	Firbrin: Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere	je Untersuchung abrechenbar	17,80 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
32232	Lactat: Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung	je Untersuchung abrechenbar	6,90 €
3. Zuschläge			
ZP1 (Zuschlag auf P1)	Grundversorgungspauschale	1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. Keine Abrechnung neben V1, A0-A21, E1-E21 sowie P2 im selben Quartal.	15 €
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 Telefonkontakt möglich. Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1a, jedoch nur bei NYHA-Stadium III/IV oder linksventrikuläre EF $\leq 30\%$. 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. 1x im gleichen Abrechnungsquartal.	15 €
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 Telefonkontakt 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. 5x im gleichen Abrechnungsquartal.	15 €
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 Telefonkontakt möglich. Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1c.	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		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.	
4. Qualitätszuschläge			
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 6 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 6 zu Anlage 12 geregelt.	10 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
5. 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 (Auswertung, Erbringung von Langzeit EKG, Belastungs EKG), sowie P2 (Angiologie).			
A0	Auftragsgrundpauschale Grundpauschale für die Erbringung von folgenden Auftragsleistungen: - TEE (A1) - Schrittmacher 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) - Aggregatwechsel 1-Kammer- (A18) HSM - Aggregatwechsel 2-Kammer- (A19) HSM - Revision HSM ohne (A20) Aggregatwechsel - Explantation Eventrecorder (A21)	Ist max. 1x pro Patient/Quartal abrechenbar, jedoch nicht neben - P1 - P1a-d - Z2 - allen Einzelleistungen.	16 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- Angiologie als Auftragsleistung (P2)		
A1	Transösophageale Echokardiographie (TEE) Indikation und Durchführung analog zu E1	Qualifikationsgebunden	60 €
A2a	Schrittmacher-Nachsorge (SM-Nachsorge) Indikation und Durchführung analog zu E2 a	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2b und A2c am selben Tag	20 €
A2b	Defi-System Nachsorge Indikation und Durchführung analog zu E2 b	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2c am selben Tag	40 €
A2c	CRT-System-Nachsorge Indikation und Durchführung analog zu E2 c	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2b am selben Tag	50 €
A3a	Linksherzkatheter 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.	660,00 €
A3b	Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI Indikation und Durchführung analog zu E3 b	Qualifikationsgebunden. Nur abrechenbar nach (d.h. ab Folgetag) A3a Sonstige Vergütungsregelungen analog E3b inkl. Sachkostenpauschale	406,50 €
A4a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a, im selben Quartal - A4b, A5a, A5b, A6 am selben Tag	2.060 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	
A4b	Perkutane Koronarintervention (PCI) 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	2.660 €
A5a	Perkutane Koronarintervention (PCI) 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	2.750,20 €
A5b	Perkutane Koronarintervention (PCI) 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	3.350,20 €
A6	Honorarpauschale Drug-Eluting-Stent (DES)	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 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	900 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		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.	
A8	Kardioversion Indikation und Durchführung analog zu E8	Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften Überwachung nach Eingriff obligat max. 3x im Krankheitsfall sonstige Vergütungsregelungen analog E8	400 €
A9	Rechtsherzkatheter	inkl. Sachkosten	82€
A10	Spiroergometrie Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1) Indikation und Durchführung analog zu Q5	Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften	35 €
A11	Stressecho	qualifikationsgebunden	54 €
A15	Schrittmacherimplantation (1-Kammer)	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A16, A17, A18 und A19 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	3.900 €
A16	Schrittmacherimplantation (2-Kammer)	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A15, A17, A18 und A19 am selben Tag inkl. Sachkosten	4.400 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	
A17	Implantation Eventrekorder	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A15, A16, A18, A19 und A20 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	3.100 €
A18	Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A15, A16, A17, A19 und A21 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	2.300 €
A19	Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A15, A16, A17, A18 und A21 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	3.000 €
A20	Revision HSM ohne Aggregatwechsel	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A17 und A21 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische	1.900 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	
A21	Explantation Eventrecorder	qualifikationsgebunden nicht abrechenbar neben A18, A19 und A20 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 Patienten; die in BKK.MeinFacharzt eingeschrieben sind nicht über die KV abgerechnet werden.	1.600 €
A22	Implantation Eventrecorder mit Recordern der 2. Generation	- 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 140a-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 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.	3.800 €
A24	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Neuimplantation 1-Kammer-ICD	- 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden	8.500 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		- Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12)	
A25	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD	- 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	7.000 €
A26	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Neuimplantation 2-Kammer-ICD	- 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 140a-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	- 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten	8.000 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
A28	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren - Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD	- 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 140a-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) 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 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 ärztlicher Leistung	268 €
A31	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 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	300 €
A33	Implantation von CRT-D • Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D	• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28 und A34-A37 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
A34	Implantation von CRT-SM Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM	- 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	6.494 €
A35	Implantation von CRT-SM Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM	- 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	4.101 €
A36	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) Neuimplantation: S-ICD	- 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	9.736 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Leistungen (durch P1 abgegolten) - Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	
A37	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) Aggregatwechsel: S-ICD	- qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) - nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-E28 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 140a-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. - Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).	7.901 €
Zielauftrag auch vom HAUSARZT möglich:			
A12	Erbringung Langzeit EKG		12,50 €
A13	Auswertung Langzeit EKG		12,50 €
A14	Ergometrie (Belastungs-EKG)		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	17,50 €