



NEU

Kodierleitfaden 2026 Prozeduren für Rhythmusimplantate und Elektrophysiologie

Stationär, Hybrid, Ambulant

Abrechnungsmöglichkeiten nach EBM und
aG-DRG-System (inkl. Hybrid-DRG)

 **BIOTRONIK**
excellence for life

Vorwort

**Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
BIOTRONIK möchte Sie auch 2026 unterstützen und Ihnen
einen Überblick der wichtigsten Neuerungen hinsichtlich der
Vergütungsstrukturen bereitstellen.**

Spezielle sektorengleiche Vergütung – Ausweitung der Hybrid-DRGs

Der Hybrid-DRG-Katalog für 2026 wurde am 11.11.2025 durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt, da die Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) keinen Konsens finden konnten. Insgesamt werden 69 Hybrid-DRGs mit 904 OPS-Codes (2025: 583) für das Jahr 2026 zur Verfügung stehen. Ziel ist es, 2026 mindestens eine Million Fälle „ambulant oder kurzstationär“ über die Hybrid-DRGs zu vergüten. Unter die neuen Hybrid-DRGs fallen unter anderem diagnostische und therapeutische Interventionen an den Herzkranzgefäßen, elektrophysiologische Untersuchungen am Herzen inklusive ablativer Maßnahmen und operative Maßnahmen mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Nicht aufgenommen wurden die Ereignisrekorder. Zukünftig werden Leistungen mit bis zu zwei Übernachtungen als Hybrid-DRG abgerechnet. Ausnahmen von der Hybrid-DRG-Abrechnung entstehen bei bestimmten Kontextfaktoren (z. B. Beatmung) und wenn für eine Leistung ein Zusatzentgelt besteht. Das Pflegebudget kann nicht zusätzlich abgerechnet werden. Krankenhäuser rechnen wie gewohnt direkt mit den Kostenträgern ab. Vertragsärzte können direkt mit den Krankenkassen oder mit der KV als Dienstleister abrechnen. Es gibt keine vorgegebene Regelung für die Aufteilung der Vergütung an die beteiligten Ärztinnen und Ärzte (Operateurinnen und Operateure, Anästhesistinnen und Anästhesisten). Im Krankenhaus werden auch Privatversicherte über Hybrid-DRGs abgerechnet. Im niedergelassenen Bereich dagegen ist eine Hybrid-DRG-Abrechnung bei Privatpatienten nicht möglich. Hier wird weiterhin über die GOÄ abgerechnet.

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

Die Vertragspartner KBV, DKG und GKV-SV haben für 2026 einige Codes zu Prozeduren von Defibrillatoren mit substernaler Elektrode in den Katalog für ambulantes Operieren aufgenommen. Eine Wahl zwischen AOP-Abrechnung und Hybrid-DRG besteht nicht. Sobald für einen Eingriff eine Hybrid-DRG existiert, muss über diese abgerechnet werden, wenn alle Kriterien dafür erfüllt sind. Daher wurden diese Prozeduren aus dem AOP-Katalog gestrichen.

Wichtige Elemente des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG)

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, eine bedarfsgerechte, praxistaugliche Krankenhauslandschaft zu schaffen. Durch das KHAG sollen die Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten erweitert werden, sowie Korrekturen des ursprünglichen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVG) erfolgen. Dies betrifft den ländlichen Raum, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien können die Landesbehörden befristet Leistungsgruppen zuweisen. Die Bundesregierung plant, das Gesetzgebungsverfahren zum KHAG im Frühjahr 2026 abzuschließen.

Die Finanzierung der Krankenhausreform soll nun vorrangig durch Bundesmittel über das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität erfolgen, auch die Länder beteiligen sich an der Finanzierung. Die Erhöhung des Fondsvolumens beläuft sich auf 29 Mrd. € (Jährliche Raten: 2026–2029 je 3,5 Mrd. €, ab 2030 je 2,5 Mrd. €). Dementsprechend sind GKV und PKV an der Finanzierung nicht mehr beteiligt. Die zukünftige Zuweisung der Leistungsgruppen bis 2027 orientiert sich am NRW-Leistungsgruppen-Modell (60 Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie). Im Bundes-Klinik-Atlas sollen die Fallzahlen der erbrachten Leistungen differenziert nach Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 veröffentlicht werden. Die Übermittlung der zugewiesenen Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat erstmals bis zum 30. September 2027 zu erfolgen. Ferner wird im KHAG geregelt, dass ab dem 01. Januar 2028 Leistungen nicht berechnet werden dürfen, für die dem Krankenhaus die notwendige Leistungsgruppe nicht zugewiesen wurde.

Ihr Reimbursement-Team der
BIOTRONIK Vertriebs GmbH & Co. KG

Weitere Informationen sind u.a. in der Informationsbroschüre des BVMed zur Sachkostenfinanzierung und Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSZ) zu finden.



Bei Fragen, Vorschlägen oder Wünschen für eine Verbesserung der Nutzbarkeit dieses Leitfadens wenden Sie sich bitte an:
reimbursement.de@biotronik.com

Autoren

Dr. Tino Hauser

Director Market Access &
Clinical Affairs

Andreas Goetze

Manager Market Access &
Reimbursement

Dr. Boye Gricar

Health Economics &
Outcome Research Manager

Inhaltsverzeichnis

Lesehilfe	6
Struktur des Vergütungssystems	8
Übersicht EBM-Gebührenordnungspositionen	10

Herzschriltmacher	21
Conduction System Pacing	32

Defibrillatoren	43
-----------------	----

Revisionen von Rhythmusimplantaten	58
------------------------------------	----

Ereignisrekorder	65
------------------	----

Elektrophysiologie	77
Invasive kardiologische Diagnostik	78
Ablation	88

Lesehilfe stationäre Abrechnung (Beispielwerte)

Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 2-K-HSM
(5-377.2, 5-377.30, 5-377.31)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-HSM
(5-378.62)

Systemumstellung: 1-/3-K-HSM auf 2-K-HSM
(5-378.b0, 5-378.b7)

Systemumstellung: ICD auf 2-K-HSM
(5-378.cb)

Systemumstellung: intrakard. Impulsgenerator auf 2-K-HSM
(5-378.d1)

+ Alter < 16 Jahre

ODER

Ablation bei Herzrhythmusstörungen
(8-835.2*/.3*/.4*/.a*/.b*/.x/.y)

ODER

Bestimmte, komplexe PTCA
(Kodierhandbuch S. 1408/09)

Hauptleistung der DRG in Anlehnung
an die offizielle Bezeichnung

Auflistung der einzelnen Prozeduren
(inkl. OPS-Kodes) im Sinne der Hauptleistung

Sind mehrere OPS-Codes möglich,
so ist * (Asterisk) ein Platzhalter für
jedes andere Zeichen

Weitere notwendige Voraussetzung
ggf. mit Alternativen

Bewertung	2,481
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 €/Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 €/Tag
Langliegerzuschlag	369 €/Tag

DRG-Parameter zur Erlösberechnung
(ohne mögliche Zusatzentgelte)

Erlös	11.317 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216

DRG-Erlös (ohne Zusatzentgelte)

BWR Pflegeerlös pro Tag

DRG	F12C
------------	-------------

DRG

Die Übersichten sind grundsätzlich so aufgebaut, dass alle wesentlichen Voraussetzungen für die Eingruppierung in die jeweilige DRG-Fallpauschale getrennt voneinander aufgeführt sind. Dies sind insbesondere:

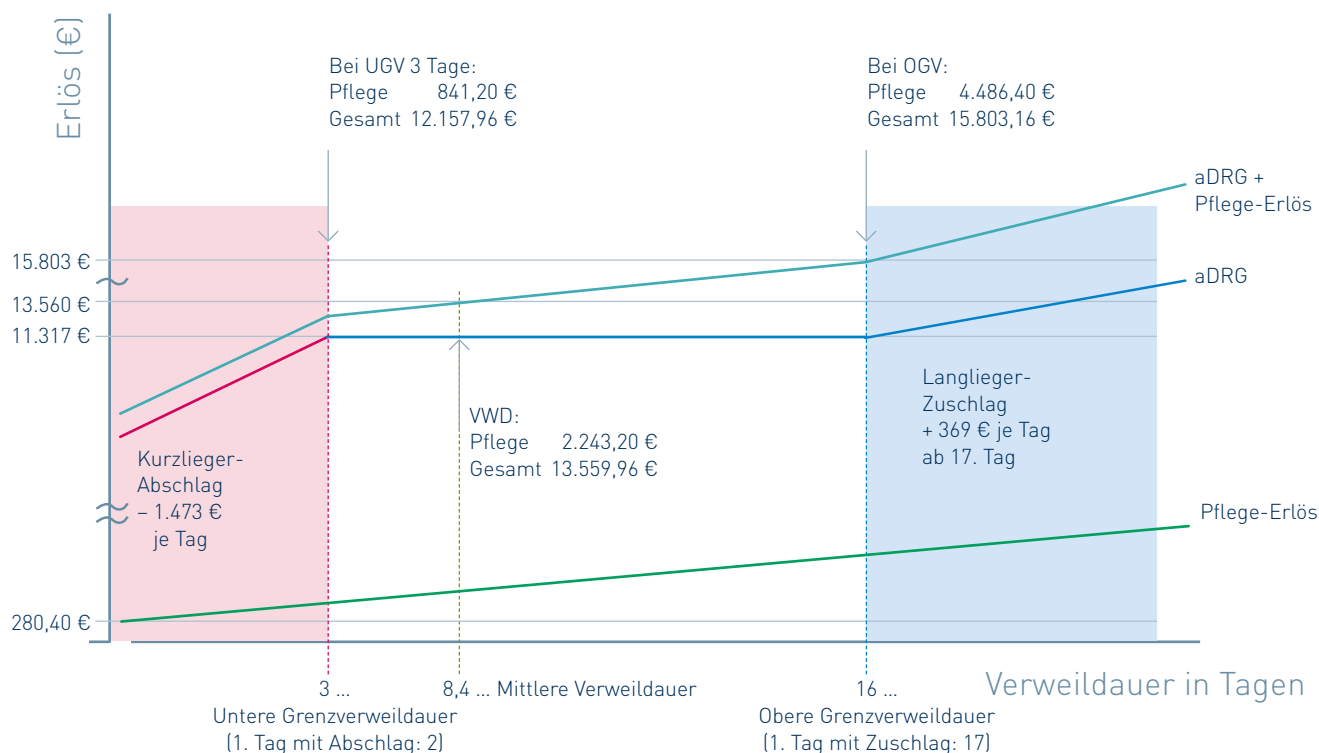
- Die Hauptleistung mit den zu Grunde liegenden Prozeduren (inkl. OPS-Kode)
- Zusätzliche Leistungen (in Form von Prozeduren) oder Voraussetzungen (Alter, Verweildauer)
- Mögliche relevante Hauptdiagnosen (inkl. ICD-Kode)
- Die Relevanz von Nebendiagnosen (mit oder ohne CC verschiedener Schweregrade)
- Notwendige Voraussetzungen zur Eingruppierung werden durch „und“ verknüpft ausgewiesen
- Alternative Voraussetzungen zur Eingruppierung werden durch „oder“ getrennt ausgewiesen
- Hybrid-DRG stehen neben ihrer zugehörigen Basis-DRG und sind gesondert gekennzeichnet
- Die Erlöse bei den Hybrid-DRG sind ohne die Pauschale für eine post-operative Behandlung angegeben.
- In einigen Fällen sind die Voraussetzungen sehr umfangreich. In diesen Fällen werden nur Beispiele genannt.
- Nur über einen zertifizierten DRG-Grouper kann die genaue Zuordnung ermittelt werden.

aDRG-Katalog + Pflegeerlöskatalog

Die Erlösberechnung sowie die Angabe der Zu- und Abschläge erfolgt auf der Grundlage des fiktiven Bundesbasisfallwertes in Höhe von 4.561,37€*.

- Das Krankenhausbudget wird seit 2021 differenziert; in ein „Rumpf“-a-DRG-Budget und ein Pflegebudget (Ist-Pflegepersonalkosten)
- Das Pflegebudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag“ (Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten vorläufigen Pflegeentgeltwert in Höhe von 250 Euro (ab 28. März 2024).
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten Pflegeerlösen des gleichen Zeitraumes verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse zu 100 % ausgeglichen.

* Quelle: Abschätzung des BVMed für den Bundesbasisfallwert 2026



Vereinfachte Struktur des Vergütungssystems

Mit der Einführung einer sektorgleichen Vergütung (Hybrid-DRG) für viele Prozeduren, die in diesem Leitfaden beschrieben werden, erscheint es notwendig, die Wege, die zu einer hybriden Abrechnung führen, auf eine vereinfachte Weise darzustellen. Das nebenstehende Flussdiagramm soll dabei die möglichen Patientenpfade zeigen.

Das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) hat im Auftrag des Bewertungsausschusses die Planung und Kalkulation dieser neuen Vergütungsform übernommen.

Grundlage dafür war eine vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss im Mai 2025 beschlossene Liste von OPS-Codes (Positivliste), für die eine sektorengleiche Vergütung eingeführt werden soll. Es sollten primär einfache Prozeduren mit kurzer Liegedauer ausgewählt werden. Im Laufe des Verfahrens wurden aber auch Prozeduren mit einer Liegedauer von bis zu 2 Tagen mit aufgenommen.

Per definitionem wurde ein Teil der Patientinnen und Patienten von der hybriden Abrechnung grundsätzlich ausgeschlossen, z.B. Kinder unter 17 Jahren, Prozeduren mit einer Liegedauer >2 Tagen, PCCL >2 oder das Vorhandensein eines hohen Pflegegrades. Diese Fälle sollen also weiterhin stationär erbracht werden. Theoretisch wäre die Leistungserbringung aber auch durch den Vertragsarzt möglich, soweit dies im Rahmen des EBM erlaubt ist.

Einbezogen wurden viele Prozeduren mit implantierbaren Defibrillatoren (ICD) und wesentliche Prozeduren im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Elektrophysiologie.

Aus dem KHVG ergibt sich parallel die Anforderung, dass 2026 eine Million Fälle hybrid abgerechnet werden sollen. Auch diese gesetzliche Forderung war bei der Auswahl der Prozeduren zu berücksichtigen.

Folgende Kriterien sind Voraussetzung für eine hybride Abrechnung (siehe Abbildung):

1. Der OPS-Code der geplanten Prozedur befindet sich in der Positivliste
2. Alle Kriterien für die sektorengleiche Vergütung sind erfüllt (Ein- und Ausschlusskriterien)
3. Es liegen KEINE Kontextfaktoren vor, die eine stationäre Versorgung rechtfertigen (Ausschlusskontextfaktoren)
4. Es liegen keine DRG-spezifischen Ausnahmen vor

Als Folge dieses Entscheidungsbaumes wird es ab 2026 schwerer werden, den Erlös für eine bestimmte Prozedur vorherzusehen oder zu planen. Es wird (auch) vom Verlauf des Aufenthaltes (Dauer, weitere Prozeduren, Komplikationen etc.) abhängen, ob im Nachgang eine hybride oder eine „normale“ Abrechnung nach den Regeln des aG-DRG-Kataloges erfolgt.

Prozedur im Hybrid-DRG-Katalog enthalten (Positivliste)



Abrechnung erfolgt nach

Hybrid-DRG-Katalog

aG-DRG-Katalog

EBM-Regeln

Leistungskategorien gemäß EBM

Übersicht für alle Eingriffe

Leistungskategorie Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Eingriffe der Kategorie L1	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31211	174,54 €	1370
Eingriffe der Kategorie L2	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31212	235,06 €	1845
Eingriffe der Kategorie L3	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31213	327,17 €	2568
Eingriffe der Kategorie L4	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31214	423,75 €	3326
Eingriffe der Kategorie L5	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31215	610,65 €	4793

Zusatzpauschalen zur Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31217	Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit 93,00€ / 730 Punkte Die Gebührenordnungsposition 31218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.	31218	93,00 €	730

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

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

Ambulante Operationen

Zusätzliche GOP

Fachärztliche GOPs – Kardiologie	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Grundpauschale Kardiologie (fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13541	27,39 €	215
Grundpauschale Kardiologie (fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13542	28,41 €	223
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die kardiologisch- internistische Grundversorgung	Einmal im Behandlungsfall. Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01450, 13540, 13541, 13542, 13544, 13547 und/oder 32001 berechnet werden.	13543	5,22 €	41
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L1 und L2) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 und 31212	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31503	62,17 €	488
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L3 und L4) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31213 und 31214	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31505	124,47 €	977
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L5) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31215	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31506	176,84 €	1388
Durchleuchtung(en)	Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV	34280	12,10 €	95

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

Ambulante Regelvergütung

Anästhesie

Fachärztliche GOPs – Anästhesiologie	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 oder 36.2	Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation	05310	16,82 €	132
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä. (Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation)	05211	11,47 €	90
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	05212	13,38 €	105
Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	Einmal im Behandlungsfall. Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 05220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.	05220	9,56 €	75
Überwachung der Vitalfunktionen (fachärztlich)	Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by), Persönliche Anwesenheit des Arztes, Pulsoxymetrie. abrechenbar je 15min Schnitt-Naht-Zeit	05340	25,10 €	197
Anästhesie und/oder Narkose (fachärztlich)	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinalund/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie	05330	127,02 €	997
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (fachärztlich)	Je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit Die Gebührenordnungsposition 05331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.	05331	44,46 €	349

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

Andere Narkosen	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Anästhesie und/oder Narkose 1, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31211 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31821	127,02 €	997
Anästhesie und/oder Narkose 2, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31212 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31822	171,49 €	1346
Anästhesie und/oder Narkose 3, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31213 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31823	215,95 €	1695
Anästhesie und/oder Narkose 4, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31214 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31824	260,54 €	2045
Anästhesie und/oder Narkose 5, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31215 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31825	349,60 €	2744

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

Ambulante Regelvergütung

Postoperative Leistungen

Zusätzliche Leistungen Kardiologie	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zusatzpauschale Kardiologie	Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022), Druckmessung(en)	13545	94,15 €	739
Elektrostimulation des Herzens	Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens, Elektrodeneinführung, EKG-Monitoring	13551	65,87 €	517
Externe elektrische Kardioversion	Aufklärungsgespräch in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, Externe elektrische Kardioversion, Kontinuierliches EKG-Monitoring, 12-Kanal-EKG(s), mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 5 Tagen nach Kardioversion	13552	238,88 €	1875

Postoperative Behandlung	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31601	18,60 €	146
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31602	10,83 €	85
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31608	30,58 €	240
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31609	22,68 €	178
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31610	38,35 €	301
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31611	30,58 €	240

Ambulante Regelvergütung

Beratung und Untersuchung

Pauschalen	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Vertragsarzt Innere Medizin				
Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	Beobachtung und Betreuung, Überwachung der Vitalparameter, Dauer 30 Minuten	01501	17,96 €	141
Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8	je vollendete 30 Minuten	01503	13,63 €	107
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291, Dauer mehr als 4 Stunden	01520	111,86 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, Dauer mehr als 12 Stunden	01521	193,78 €	1521
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung gemäß GOP 34283, Dauer mehr als 4 Stunden	01530	111,86 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische angiologische Leistung gemäß GOP 34284 und/oder 34285 und/oder 34286, Dauer mehr als 6 Stunden	01531	193,78 €	1521
Pauschalen für den Vertragsarzt Innere Medizin	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ¹	13540	19,62 €	154
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ²	13541	27,39 €	215
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ³	13542	28,41 €	223
Pauschalen für den Krankenhausarzt	Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	20,26 €	159
	Konsultationspauschale	01436	2,29 €	18
	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	01600	7,01 €	55

Anmerkung

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

Ambulante Regelvergütung

Nachsorge von Rhythmusimplantaten

Nachsorge	Obligater Leistungsinhalt	GOP*	Erlös	Punkte
Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie, Implantatnachsorge*	13571 04411	27,52 € 50,45 €	216 396
Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Implantatnachsorge*	13573 04413	50,96 € 93,26 €	400 732
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13574 04414	50,96 € 93,26 €	400 732
Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Implantatnachsorge**	13575 04415	62,68 € 114,79 €	492 901
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13576 04416	62,68 € 114,79 €	492 901
Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse (im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13574 oder 13576)	01438	11,21 €	88
Indikationsstellung für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz nur durch PBA	13578 03325 04325	8,28 €	65
Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ) nur durch PBA	13579 03326 04326	16,31 €	128
Anleitung und Aufklärung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Nur durch TMZ	13583	12,10 €	95
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Kommunikation mit dem primär behandelnden Arzt, Versenden eines Quartalsberichts an den primär behandelnden Arzt, Telemonitoring und Dokumentation gemäß MW-Richtlinie nur durch TMZ	13584	140,14 €	1100
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13584 für das intensiviertere Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bei Warnmeldungen mit Handlungsbedarf, Therapieanpassung, Sicherstellung zeitnaher notwendiger Interventionen nur durch TMZ	13585	29,94 €	235
Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter (für Implantate)	Einmal im Krankheitsfall, maximal drei Mal	40909	396,67€	
Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung (Externe Sensoren)	Einmal im Behandlungsfall	40910	68,00€	

* 13xxx für Kardiologen, 04XXX für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 03XXX für Hausärzte

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

Ambulante Regelvergütung

Sachkostenabrechnung

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

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

Näheres zu den nicht enthaltenen Kosten:

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

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

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

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

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

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

Diese ist wie folgt geregelt:

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

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

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

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

Für beide Leistungssektoren gilt:

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

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

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

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

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

LBBAP-Komplettsystem Highlights



Einfacher arbeiten

Die CSP-System von BIOTRONIK erleichtert Ärzten die erfolgreiche Implantation in der Linksschenkel-Region (LBBAP).¹



Sicher arbeiten

Die CSP-System-Lösung von BIOTRONIK gibt Ärzten mehr Sicherheit und Vertrauen bei der Anwendung.



Zusammenarbeiten

Unser sachkundiges technisches Team bietet Ärzten gleichermaßen die nötige Anleitung und Unterstützung.¹

¹ CE-Zulassung, Gebrauchsanweisungen für Amvia Edge, Solia S und Selectra-Katheter von BIOTRONIK; Gebrauchsanweisungen für Azure XT DR MRI SureScan™, SelectSecure 3830-Elektrode, C315HIS-Katheter von Medtronic; Gebrauchsanweisungen für Accolade MRI™, Finline II Sterox EZ und Ingevity + Elektrode, SSPC (Site Selective Pacing Catheter) von Boston Scientific; Benutzerhandbücher für Assurity MRI™, Tendril STS 2088TC-Elektrode, CPS Locator 3D-Einführungskatheter von Abbott; Implantathandbuch für Alizea™ von MicroPort.



Die Lösung von BIOTRONIK zur Stimulation des Reizleitungssystems

Das einzige zugelassene LBBAP-
Komplettsystem¹

Zugelassene Herzschrittmacher für die LBBAP-Stimulation

Die Amvia Herzschrittmacher-Familie ist für die Stimulation in der Linksschenkel-Region (LBBAP) zugelassen. Dieser Ansatz ermöglicht eine physiologische ventrikuläre Aktivierung, bei der die natürliche Effizienz des Reizleitungssystems des Herzens genutzt wird. Amvia wurde entwickelt, um das Risiko einer Schrittmacher-induzierten Kardiomyopathie und ihrer schwerwiegenden Folgen zu senken.

Formstabile Katheter für die His-Bündel-/LBBAP-Stimulation

Die Selectra 3D Katheter, zugelassen für die Platzierung der Elektrode am His-Bündels (HBP) oder in der Linksschenkel-Region (LBBAP), behalten ihre Formstabilität auch bei lange andauernden Implantationsprozeduren. Ihre gute und sichere Handhabung erleichtert den Implantationsprozess und ermöglicht eine erfolgreiche Elektrodenpositionierung. Neun Katheter Varianten stehen für unterschiedliche Patientenanatomien zur Verfügung.



Herzschrittmacher

Kapitelverzeichnis

Übersicht	22
-----------	----

Kodierung nach OPS 2026	23
-------------------------	----

Implantation	24
--------------	----

Aggregatwechsel	30
-----------------	----

Stimulation des Leitungssystems (CSP)	32
---------------------------------------	----

Produktübersicht	36
------------------	----

Ambulante Prozeduren	37
----------------------	----

Revisionen	58
------------	----

Herzschrittmacher

Übersicht

		Erlös	DRG
Implantation	1-K-HSM	5.510 €	F12F
	• Mit invasiver kardiologischer Diagnostik	7.180 €	F12E
	• Alter < 16 Jahre	11.317 €	F12C
	2-K-HSM	5.510 €	F12F
	• Mit äußerst schweren Nebendiagnosen	10.035 €	F12D
	• ODER mit Sondenentfernung oder -wechsel		
	• ODER mit Sondenentfernung mit technischer Unterstützung		
	• Mit komplexer PTCA	11.317 €	F12C
	• Mit Ablation		
	• Alter < 16 Jahre		
	3-K-HSM	9.095 €	F12B
	• Bei Alter < 16 Jahre	11.317 €	F12C
• Mit komplexem Eingriff oder mit äußerst schweren Nebendiagnosen	17.041 €	F12A	
Aggregatwechsel	• 1-K-HSM bei Alter > 15 Jahre	3.471 €	F17B
	• 2-K-HSM bei Alter > 15 Jahre		
	• 3-K-HSM	6.094 €	F17A
	• 1- und 2- K-HSM bei Alter < 16 Jahre		
Revisionen	• Herzschrittmacher oder Elektrode (ohne Aggregatwechsel)	3.777 €	F18D
	• Mit komplexem Eingriff	5.387 €	F18C
	• Alter < 16 oder mit äußerst schweren CC	12.238 €	F18B
	• Mit komplexem Eingriff, mit intralum. exp. Extraktionshilfen		
	• Alter < 16 oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff	14.806 €	F18A
	• Mit aufwendiger Sondenentfernung		
Zusätzliche Prozeduren	• Isolierte offen chirurgische Sondenentfernung	10.035 €	F12D
	• HSM-Implantation mit komplizierenden Faktoren, ohne aufwendige Sondenentfernung	9.095 €	F12B

Herzschrittmacher

Kodierung nach OPS 2026

		SR 1-K-HSM	DR 2-K-HSM	HF 3-K-HSM
Prozedur	Neuimplantation	5-377.1	5-377.30	5-377.41
	Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)	5-378.51	5-378.52	5-378.5b
	Aggregat- und Sondenwechsel	5-378.61	5-378.62	5-378.6b
	Sondenwechsel	5-378.71	5-378.72	5-378.7b
Systemumstellung	Von 1-K-HSM auf ...	-	5-378.b0	5-378.b2
	Von 2-K-HSM auf ...	5-378.b3	-	5-378.b5
	Von 3-K-HSM auf ...	5-378.b6	5-378.b7	-
	Von ICD auf ...	5-378.ca	5-378.cb	5-378.cd
Stimulation des Leitungssystems (CSP)	Mit 1 Elektrode	5-377.n2		
	Mit 2 Elektroden		5-377.n0	
	Mit 3 Elektroden			3-377.n1

		kodierbar für:	
Zusatzcodes Ohne Einfluss auf die DRG-Zuweisung	BIOTRONIK HomeMonitoring	5.377.d	alle Modelle mit dem Zusatz: -T
	Messfunktion für das Lungenwasser	5-377.h0	Enitra 6/8, Edora 8, Solvía Rise, Amvia Edge
	MRT-fähiger Herzschrittmacher	5-934.0	Enticos 4, Enitra 6/8, Edora 8, Solvía Rise, Amvia Edge
	Herzschrittmacher mit quadripolarer Stimulationsfunktion	5-377.h1	Enitra 8 HF-T QP, Edora 8 HF-T QP, Amvia Edge HF-T QP

Schrittmacher Implantation

Implantation eines 1-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 1-K-HSM
(5-377.1)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 1-K-HSM
(5-378.61)

+ Alter > 15 Jahre

Implantation eines 1-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 1-K-HSM
(5-377.1)

- +** Alter > 15 Jahre
- +** Invasive kardiologische Diagnostik:
 - Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf (1-27*.*)
 - EPU (1-265.*)
 - Kardiales Mapping (1-268.*)
 - Intrakoronare Flussmessung (3-05g.1)
 - Intrakardiale Echokardiographie (ICE, 3-05g.2)
 - Optische Kohärenztomographie (OCT) der Koronargefäße (3-300.1)

Bewertung	1,208
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,5
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.797 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-411 € / Tag
Langliegerzuschlag	338 € / Tag

Erlös	5.510 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9402

DRG F12F

Bewertung	1,574
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.200 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-401 € / Tag
Langliegerzuschlag	315 € / Tag

Erlös	7.180 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8432

DRG F12E

Implantation eines 1-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 1-K-HSM
(5-377.1)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	2,481
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 € / Tag
Langliegerzuschlag	369 € / Tag

Erlös	11.317 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216

DRG **F12C**

Schrittmacher Implantation

Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 2-K-HSM
(5-377.2/.30/.31)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-HSM
(5-378.62)

Systemumstellung: 1-/3-K-HSM auf 2-K-HSM
(5-378.b0/.b7)

Systemumstellung: ICD auf 2-K-HSM
(5-378.cb)

Systemumstellung: intrakard. Impulsgenerator auf 2-K-HSM
(5-378.d1)

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	1,208
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,5
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.797 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-411 € / Tag
Langliegerzuschlag	338 € / Tag

Erlös	5.510 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9402

DRG F12F

Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 2-K-HSM
(5-377.2/30/.31)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-HSM
(5-378.62)

Systemumstellung: 1-/3-K-HSM auf 2-K-HSM
(5-378.b0/.b7)

Systemumstellung: ICD auf 2-K-HSM
(5-378.cb)

Systemumstellung: intrakard. Impulsgenerator auf 2-K-HSM
(5-378.d1)

+ Alter > 15 Jahre
Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)

ODER

Sonstige PTCA (Ballon, 1 Stent, ...,
siehe Definitionshandbuch S. 1410)

ODER

Isolierte Sondenimplantation epikardial
(5-377.c0/.c1/.c2)

ODER

Sondenentfernung oder -wechsel
(5-378.22/.62/.6x)

ODER

Sondenentfernung mit technischer Unterstützung
(5-378.a4/.a5/.a6)

Bewertung	2,2
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	11,5
Obere Grenzverweildauer	23
Kurzliegerabschlag	-1.505 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	365 € / Tag

Erlös	10.035 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1897

DRG F12D

Implantation eines 2-Kammer-Schrittmachers

Implantation eines 2-K-HSM
(5-377.2/.30/.31)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-HSM
(5-378.62)

Systemumstellung: 1-/3-K-HSM auf 2-K-HSM
(5-378.b0/.b7)

Systemumstellung: ICD auf 2-K-HSM
(5-378.cb)

Systemumstellung: intrakard. Impulsgenerator auf 2-K-HSM
(5-378.d1)

+ Alter < 16 Jahre

ODER

Ablation bei Herzrhythmusstörungen
(8-835.2*/.3*/.4*/.a*/.b*/.x/.y)

ODER

Bestimmte, komplexe PTCA
(Siehe Definitionshandbuch S. 1443–1444)

Bewertung	2,481
------------------	--------------

Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 € / Tag
Langliegerzuschlag	369 € / Tag

Erlös	11.317 €
--------------	-----------------

BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216
---------------------	--------

DRG	F12C
------------	-------------

Schrittmacher Implantation

Implantation eines 3-Kammer-Schrittmachers

3-K-HSM-Implantation
(5-377.40/.41)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 3-K-HSM
(5-378.6a/.6b)

Systemumstellung: 1-/2-K-HSM auf 3-K-HSM
(5-378.b1/.b2/.b4/.b5)

Systemumstellung: ICD auf 3-K-HSM
(5-378.cc/.cd)

Systemumstellung: intrakardialer Pulsgenerator
auf 3-K-HSM
(5-378.d2/.d3)

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	1,994
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,2
Obere Grenzverweildauer	12
Kurzliegerabschlag	-1.428 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-401 € / Tag
Langliegerzuschlag	333 € / Tag

Erlös	9.095 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8352

DRG F12B

Implantation eines 3-Kammer-Schrittmachers

3-K-HSM-Implantation
(5-377.40/.41)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 3-K-HSM
(5-378.6a/.6b)

Systemumstellung: 1-/2-K-HSM auf 3-K-HSM
(5-378.b1/.b2/.b4/.b5)

Systemumstellung: ICD auf 3-K-HSM
(5-378.cc/.cd)

Systemumstellung: intrakardialer Pulsgenerator
auf 3-K-HSM
(5-378.d2/.d3)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	2,481
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 € / Tag
Langliegerzuschlag	369 € / Tag

Erlös	11.317 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216

DRG F12C

Implantation eines 3-Kammer-Schrittmachers

3-K-HSM-Implantation
[5-377.40/.41]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 3-K-HSM
[5-378.6a/.6b]

Systemumstellung: 1-/2-K-HSM auf 3-K-HSM
[5-378.b1/.b2/.b4/.b5]

Systemumstellung: ICD auf 3-K-HSM
[5-378.cc/.cd]

Systemumstellung: intrakardialer Pulsgenerator
auf 3-K-HSM
[5-378.d2/.d3]

+ Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)

ODER

Ablation bei Herzrhythmusstörungen (8-835.**)

ODER

komplexe PTCA (ab 2 Stents, Rotablation,
Thrombolysse,...)

Bewertung **3,736**

Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14,5
Obere Grenzverweildauer	29
Kurzliegerabschlag	-1.478 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	356 € / Tag

Erlös **17.041 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,0668

DRG **F12A**

Schrittmacher

Aggregatwechsel

Aggregatwechsel bei 1-K und 2-K-HSM

Aggregatwechsel bei 1-K-HSM
(5-378.51)

Aggregatwechsel bei 2-K-HSM
(5-378.52)

Systemumstellung: 2-/3-K-HSM auf 1-K-HSM
(5-378.b3/.b6)

+ Alter > 15 Jahre

Aggregatwechsel bei 3-K-HSM

Aggregatwechsel bei 3-K-HSM
(5-378.5a /.5b)

ODER

Aggregatwechsel bei 1-K-HSM (5-378.51)

Aggregatwechsel bei 2-K-HSM (5-378.52)

Systemumstellung: 2-/3-K-HSM auf 1-K-HSM
(5-378.b3/.b6)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	0,761
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	3
Obere Grenzverweildauer	6
Kurzliegerabschlag	-739 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-351 € / Tag
Langliegerzuschlag	328 € / Tag

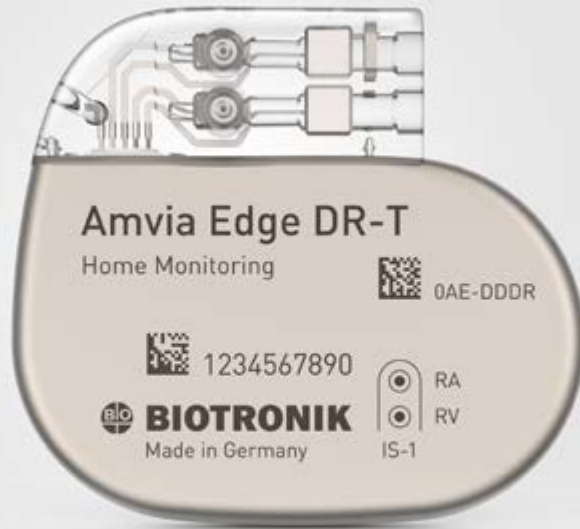
Erlös	3.471 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9501

DRG F17B

Bewertung	1,336
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	3,2
Obere Grenzverweildauer	5
Kurzliegerabschlag	-994 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-383 € / Tag
Langliegerzuschlag	351 € / Tag

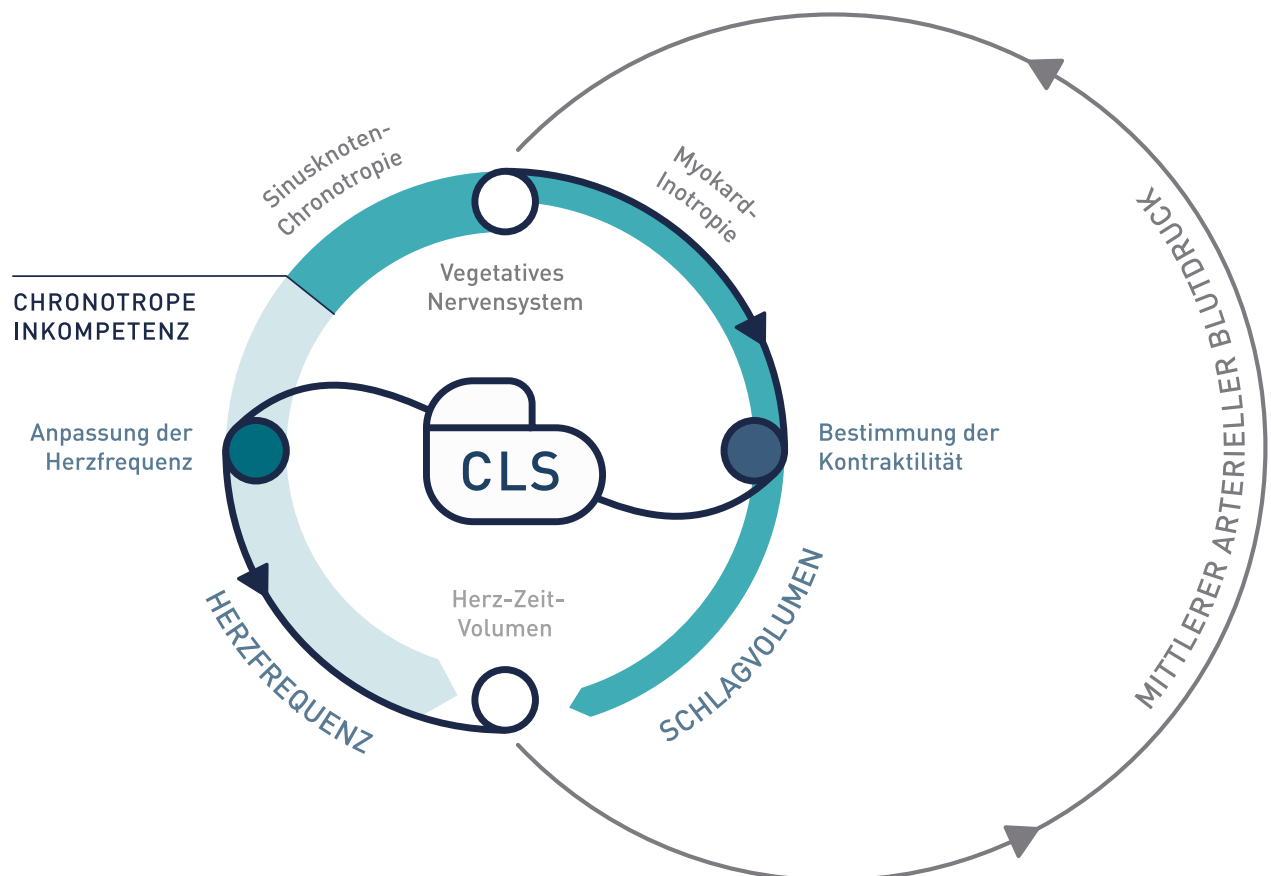
Erlös	6.094 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1153

DRG F17A



Amvia Edge mit Closed-Loop-Stimulation

Anpassung an die physiologischen Bedürfnisse der Patienten



Schrittmacher

Stimulation des Leitungssystems (CSP)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 1 oder 2 Elektroden

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 2 Elektroden (5-377.n0)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 1 Elektrode (5-377.n2)

+ Alter > 15 Jahre

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 1 Elektrode

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 1 Elektroden (5-377.n2)

- +** Alter > 15Jahre
- +** Invasive kardiologische Diagnostik:
 - Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf (1-27*.*)
 - EPU (1-265.*)
 - Kardiales Mapping (1-268.*)
 - Intrakoronare Flussmessung (3-05g.1)
 - Intrakardiale Echokardiographie (ICE, 3-05g.2)
 - Optische Kohärenztomographie (OCT): Koronargefäße (3-300.1)

Bewertung	1,208
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,5
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.797 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-411 € / Tag
Langliegerzuschlag	338 € / Tag

Erlös	5.510 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9402

DRG F12F

Bewertung	1,574
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.200 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-401 € / Tag
Langliegerzuschlag	315 € / Tag

Erlös	7.180 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8432

DRG F12E

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 2 Elektroden

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 2 Elektroden (5-377.n0)

- +** Alter > 15 Jahre
- +** Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)

ODER

Sonstige PTCA (Ballon, 1 Stent, ..., siehe Definitionshandbuch S. 1410)

ODER

Isolierte Sondenimplantation epikardial (5-377.c0/.c1/.c2)

ODER

Sondenentfernung oder -wechsel (5-378.22/.62/.6x)

ODER

Sondenentfernung mit technischer Unterstützung (5-378.a4/.a5/.a6)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 2 Elektroden (5-377.n0)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 3 Elektroden (5-377.n1)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 1 Elektrode (5-377.n2)

- +** Alter < 16 Jahre

Bewertung	2,200
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	11,5
Obere Grenzverweildauer	23
Kurzliegerabschlag	-1.505 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	-365 € / Tag

Erlös	10.035 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1897

DRG F12D

Bewertung	2,481
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 € / Tag
Langliegerzuschlag	369 € / Tag

Erlös	11.317 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216

DRG F12C

Schrittmacher

Stimulation des Leitungssystems (CSP)

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 3 Elektroden

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 3 Elektroden (5-377.n1)

+ Alter > 15 Jahre

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems mit 3 Elektroden

Implantation eines Systems zur Stimulation des Leitungssystems: Mit 3 Elektroden (5-377.n1)

+ Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)
ODER
Ablation bei Herzrhythmusstörungen (8-835.**)
ODER
komplexe PTCA (ab 2 Stents, Rotablation, Thrombolyse,...)

Bewertung	1,994
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,2
Obere Grenzverweildauer	12
Kurzliegerabschlag	-1.428 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-401 € / Tag
Langliegerzuschlag	333 € / Tag

Erlös	9.095 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8352

DRG F12B

Bewertung	3,736
Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14,5
Obere Grenzverweildauer	29
Kurzliegerabschlag	-1.478 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	356 € / Tag

Erlös	17.041 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,0668

DRG F12A

Solia CSP S

Die weltweit erste Elektrode, speziell für die Stimulation des Reizleitungssystems entwickelt

Einfache Handhabung

für eine effiziente CSP-Implantation

Innovatives Design

mit feststehender Schraube für verlässliche Ergebnisse



Produktübersicht

Zuordnung der OPS-Codes

	Neu-implantation	Aggregatwechsel OHNE Elektrode	Aggregatwechsel MIT Elektrode	Zusatzcode Telemedizin	Zusatzcode quadripolare Stimulation
Einkammer-HSM					
Enitra 6 SR	5-377.1 AOP (F12F)	5-378.51 AOP (F17B)	5-378.61 AOP (F12F)	5-377.d	
Enticos 4 SR					
Amvia Edge SR-T					
Evity 6 SR-T					
Solvia Rise SR-T					
Zweikammer-HSM					
Enitra 6 DR	5-377.30 AOP (F12F)	5-378.52 AOP (F17B)	5-378.62 AOP (F12F)	5-377.d	
Enticos 4 DR					
Amvia Edge DR-T					
Evity 6 DR-T					
Solvia Rise DR-T					
Dreikammer-HSM					
Amvia Edge HF-T QP	5-377.40 5-377.41 F12B	3-378.5b AOP (F17A)	5-378.6b F12B	5-377.d	5-377.h1
Amvia Sky HF-T BP					
Edora 8 HF-T QP					5-377.h1
CSP					
Amvia Edge SR-T CSP	5-377.n2 F12F	5-378.51 AOP (F17B)	5-378.61 AOP (F12F)	5-377.d	
Evity 6 SR-T CSP					
Solvia Rise SR-T CSP					
Amvia Edge DR-T CSP	5-377.n0 F12F	5-378.52 AOP (F17B)	5-378.62 AOP (F12F)		
Evity 6 DR-T CSP					
Solvia Rise DR-T CSP					
Amvia Edge HF-T QP CSP	5-377.n1 F12B	3-378.5b AOP (F17A)	5-378.6b F12B	5-377.h1	
Edora 8 HF-T BP CSP alternativ Amvia Sky HF-T BP					

Ambulant durchführbare Leistungen

Herzschrittmacher

OPS 2026		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
Neuimplantation				
5-377.1	1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-377.2	2-K-HSM mit einer Schrittmachersonde	Ja	Ja	L2
5-377.30	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.31	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.40	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-377.41	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Wechsel				
5-378.51	Aggregatwechsel 1-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.52	Aggregatwechsel 2-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.5a	Aggregatwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.5b	Aggregatwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.61	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.62	Aggregat- und Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.6a	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.6b	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.71	Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.72	Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.7a	Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
5-378.7b	Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
Entfernung				
5-378.01	Aggregatentfernung 1-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.02	Aggregatentfernung 2-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.0a	Aggregatentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.0b	Aggregatentfernung 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.18	Sondenentfernung HSM	Ja	Ja	L2
5-378.21	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.22	Aggregat- und Sondenentfernung 2-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.2a	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
5-378.2b	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
Korrektur				
5-378.31	Sondenkorrektur 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.32	Sondenkorrektur 2-K-HSM	Ja	Ja	L3
5-378.3a	Sondenkorrektur 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.3b	Sondenkorrektur 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.41	Lagekorrektur des Aggregats 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.42	Lagekorrektur des Aggregats 2-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.4a	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.4b	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 17.

Beispielrechnungen ambulante Operationen

1-Kammer-Herzschrittmacher

Implantation Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	27,39 €	215	13542	28,41 €	223
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	235,06 €	1845	31212	235,06 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	62,17 €	488	31503	62,17 €	488
Durchleuchten	34280	12,10 €	95	34280	12,10 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	30,58 €	240	31608	30,58 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	27,52 €	216	13571	27,52 €	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	20,26 €	159	01321	20,26 €	159
		415,08 €			416,10 €	

Aggregatwechsel Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	27,39 €	215	13542	28,41 €	223
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	235,06 €	1845	31212	235,06 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	62,17 €	488	31503	62,17 €	488
Durchleuchten	34280	12,10 €	95	34280	12,10 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	30,58 €	240	31608	30,58 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	27,52 €	216	13571	27,52 €	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	20,26 €	159	01321	20,26 €	159
		415,08 €			416,10 €	

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 17.

* ab dem 4. postoperativen Tag

2-Kammer-Herzschrittmacher

Implantation Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	27,39 €	215	13542	28,41 €	223
OP-Leistung						
Implantation L4	31214	423,75 €	3326	31214	423,75 €	3326
Postoperative Überwachung	31505	124,47 €	977	31505	124,47 €	977
Durchleuchten	34280	12,10 €	95	34280	12,10 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	30,58 €	240	31608	30,58 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	27,52 €	216	13571	27,52 €	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	20,26 €	159	01321	20,26 €	159
		666,07 €			667,09 €	

Aggregatwechsel Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	27,39 €	215	13542	28,41 €	223
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	235,06 €	1845	31212	235,06 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	62,17 €	488	31503	62,17 €	488
Durchleuchten	34280	12,10 €	95	34280	12,10 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	30,58 €	240	31608	30,58 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	27,52 €	216	13571	27,52 €	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	20,26 €	159	01321	20,26 €	159
		415,08 €			416,10 €	

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 17.

* ab dem 4. postoperativen Tag

Defibrillatoren Highlights

- ✓ HeartInsight
- ✓ BIOshape
- ✓ Verlängerte Laufzeit
- ✓ ProMRI/3 Tesla Full-Body Scan
- ✓ MRI Guard 24/7
- ✓ DX Technologie
- ✓ QP Technologie
- ✓ Closed Loop Stimulation
- ✓ 20 LV Stimulationsoptionen (CRT-D)
- ✓ Capture Control
- ✓ VP Suppression und IRS^{plus}
- ✓ BIOTRONIK Home Monitoring[®]
- ✓ QuickCheck
- ✓ LBBAP



Rivacor Sky HeartInsight Heart Failure Management Solution

Eine neue Generation dünner ICDs mit körperfreundlicher BIOshape-Form, kleiner und doch langlebiger, vereinfacht den operativen Eingriff und verbessert die Therapie.



Defibrillatoren

Kapitelverzeichnis

Übersicht **44**

Kodierung nach dem OPS 2026 **45**

Implantation **46**

Aggregatwechsel **52**

Produktübersicht **54**

Ambulante Prozeduren **56**

Revisionen **58**

Defibrillatoren

Übersicht

		Erlös	DRG
Implantation	1-K-ICD	9.821 €	F01F
	Hybrid (nur 1-K-ICD ohne atriale Detektion)	6.163 €	F010
	• Äußerst schwere CC	16.083 €	F01D
	• Zusätzlicher Herz- oder Gefäßeingriff (z.B. PTCA oder Ablation)		
	• Alter < 18 Jahre		
	2-K-ICD	11.189 €	F01E
	Hybrid	7.484 €	F01N
	• Äußerst schwere CC	16.083 €	F01D
	• Alter < 18 Jahre		
	• Mit komplizierenden Faktoren	17.105 €	F01B
	• Zusätzlicher Herz- oder Gefäßeingriff (z.B. PTCA oder Ablation)		
	• Bestimmte Operationen an Herzklappen, -septen und herznahen Gefäßen	22.150 €	F01A
• Aufwändige intensivmed. Komplexbeh. ab 393 Aufwandspunkten			
3-K-ICD	13.538 €	F01C	
Hybrid	10.068 €	F01M	
• Zusätzlicher Herz- oder Gefäßeingriff	22.150 €	F01A	
Aggregatwechsel	1-K-ICD	7.809 €	F02B
	Hybrid	5.088 €	F02N
	2-K-ICD	9.164 €	F02A
	3-K-ICD		
	Hybrid	6.490 €	F02M
Revisionen	Ohne komplexen Eingriff	3.777 €	F18D
	• Äußerst schwere Nebendiagnosen	12.238 €	F18B
	• Alter < 16 Jahre		
	Mit komplexem Eingriff	5.387 €	F18C
	• Mit äußerst schweren Nebendiagnosen	14.806 €	F18A
	• Alter < 16 Jahre		
	Isolierte, offen-chirurgische Sondenimplantation	10.035 €	F12D
• Mit Sondenentfernung mit intraluminarer expandierender Extraktionshilfe	17.041 €	F12A	

Defibrillatoren

Kodierung nach dem OPS 2026

		VR-T 1-K-ICD ohne atriale Detektion	VR-T DX 1-K-ICD mit atrialer Detektion	DR-T 2-K-ICD	HF-T 3-K-ICD mit Vorhof- elektrode	HF-T DX 3-K-ICD ohne Vorhof- elektrode
Prozedur	Neuimplantation	5-377.50	5-377.51	5-377.6	5-377.71	5-377.70
	Aggregatwechsel	5-378.5c	5-378.5d	5-378.55	5-378.5f	5-378.5e
	Aggregat- und Sondenwechsel	5-378.6c	5-378.6d	5-378.65	5-378.6f	5-378.6e
Systemumstellung	Von HSM auf ...	5-378.b8	5-378.b9	5-378.ba	5-378.bc	5-378.bb
	Von 1-K-ICD auf ...	-	-	5-378.c0	5-378.c2	5-378.c1
	Von 2-K-ICD auf ...	5-378.c3	5-378.c4	-	5-378.c6	5-378.c5
	Von 3-K-ICD auf ...	5-378.c7	5-378.c8	5-378.c9	-	-
	Von S-ICD auf ...	5-378.cf	5-378.cg	5-378.ch	5-378.ck	5-378.cj

			kodierbar für:
Zusatzcodes Ohne Einfluss auf die DRG-Zuweisung	BIOTRONIK HomeMonitoring	5.377.d	alle ICD-Systeme
	Messfunktion für das Lungenwasser	5-377.f0	Intica Neo 5/7, Rivacor 5/7, Acticor 7
	Defibrillator mit quadripolarer Stimulationsfunktion	5-377.f4	Intica Neo 5/7 HF-T QP, Rivacor 3/5/7 HF-T QP, Acticor 7 HF-T QP
	MRT-fähiger ICD	5-934.1	Inlexa 3, Intica Neo 5/7, Rivacor 3/5/7, Acticor 7

Defibrillatoren

Implantation

Implantation eines 1-Kammer-Defibrillators

ICD ohne Vorhofdetektion (5-377.50)

ICD mit Vorhofdetektion (5-377.51)

Aggregat- und Sondenwechsel bei 1-K-ICD (5-378.6c/.6d)

+ Alter >17 Jahre

Bewertung	2,153
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	7,2
Obere Grenzverweildauer	15
Kurzliegerabschlag	-2.951 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-447 € / Tag
Langliegerzuschlag	356 € / Tag

Erlös	9.821 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9978

DRG F01F

Hybrid NEU

Implantation eines 1-Kammer-Defibrillators

ICD ohne Vorhofdetektion (5-377.50)

Alle Kriterien und Bedingungen der F01F (siehe links)

- + **Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG**
- + Alter >17 Jahre
 - + PCCL<3
 - + Pflegegrad < 4
 - + kein Ausschlusskontextfaktor
 - + Weniger als 3 Belegungstage
 - + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös	6.163 €
BWR Pflegeerlös/Tag	in der DRG enthalten

DRG F010

Implantation eines 1-Kammer-Defibrillators

ICD ohne Vorhofdetektion (5-377.50)

ICD mit Vorhofdetektion (5-377.51)

- +** Zusätzlicher Herz- oder Gefäßeingriff, u. a.:
 - Implantation eines Drucksensors in der Pulmonalarterie (8-838.j)
 - Isolierte offen-chirurgische Sondenimplantation (5-377.c0/.c1/.c2)

ODER

- +** Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte

ODER

- +** PCCL > 3

ODER

- +** Aufwändige Sondenentfernung (5-378.a0)

ODER

- +** Alter < 18 Jahre

Bewertung	3,526
------------------	--------------

Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,9
Obere Grenzverweildauer	25
Kurzliegerabschlag	-1.765 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-511 € / Tag
Langliegerzuschlag	383 € / Tag

Erlös	16.083 €
--------------	-----------------

BWR Pflegeerlös/Tag	1,2351
---------------------	--------

DRG	F01D
------------	-------------

Defibrillatoren

Implantation

Implantation eines 2-Kammer-Defibrillators

2-K-ICD-Implantation
[5-377.6]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-ICD
[5-378.65]

Aggregatwechsel bei Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-378.5g]

Systemumstellung: HSM auf 2-K-ICD
[5-378.ba]

Systemumstellung: 1-/3-K-ICD auf 2-K-ICD
[5-378.c0/.c9]
oder ICD mit subkutaner Elektrode auf 2-K-ICD
[5-378.ch]

+ Alter >17 Jahre

Bewertung **2,453**

Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,2
Obere Grenzverweildauer	17
Kurzliegerabschlag	-1.368 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-447 € / Tag
Langliegerzuschlag	351 € / Tag

Erlös **11.189 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,0062

DRG **F01E**

Hybrid NEU

Implantation eines 2-Kammer-Defibrillators

Alle Kriterien und Bedingungen der F01E (siehe links)

+ **Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG**

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös **7.484 €**

BWR Pflegeerlös/Tag in der DRG enthalten

DRG **F01N**

Implantation eines 2-Kammer-Defibrillators

2-K-ICD-Implantation
[5-377.6]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-ICD
[5-378.65]

Aggregatwechsel bei Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-378.5g]

Systemumstellung: HSM auf 2-K-ICD
[5-378.ba]

Systemumstellung: 1-/3-K-ICD auf 2-K-ICD
[5-378.c0/.c9]
oder ICD mit subkutaner Elektrode auf 2-K-ICD
[5-378.ch]

- +** Äußerst schwere CC (PCCL > 3)
ODER
- +** Aufwändige Sondenentfernung [5-378.a0]
ODER
- +** Alter < 18 Jahre

Bewertung **3,526**

Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,9
Obere Grenzverweildauer	25
Kurzliegerabschlag	-1.765 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-511 € / Tag
Langliegerzuschlag	383 € / Tag

Erlös **16.083 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,2351

DRG **F01D**

Implantation eines 2-Kammer-Defibrillators

2-K-ICD-Implantation
[5-377.6]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-ICD
[5-378.65]

Aggregatwechsel bei Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-378.5g]

Systemumstellung: HSM auf 2-K-ICD
[5-378.ba]

Systemumstellung: 1-/3-K-ICD auf 2-K-ICD
[5-378.c0/.c9]

Systemumstellung: ICD mit subkutaner Elektrode auf
2-K-ICD [5-378.ch]

- +** Zusätzlicher bestimmter Herz- oder Gefäßeingriff
ODER
- +** Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368
/ - Aufwandspunkte

Bewertung **3,75**

Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,2
Obere Grenzverweildauer	24
Kurzliegerabschlag	-1.711 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-515 € / Tag
Langliegerzuschlag	-392 € / Tag

Erlös **17.105 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,1431

DRG **F01B**

Defibrillatoren

Implantation

Implantation eines 3-Kammer-Defibrillators

3-K-ICD-Implantation
[5-377.70/.71]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 3-K-ICD
[5-378.6e/.6f]

Implantation Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-377.j]

Implantation intrakardialer Impulsgenerator
[5-377.k]

Hybrid NEU

Implantation eines 3-Kammer-Defibrillators

Alle Kriterien und Bedingungen der F01C (siehe links)

- +** Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG
 - + Alter >17 Jahre
 - + PCCL<3
 - + Pflegegrad < 4
 - + kein Ausschlusskontextfaktor
 - + Weniger als 3 Belegungstage
 - + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung	2,968
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	7,2
Obere Grenzverweildauer	17
Kurzliegerabschlag	-762 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-397 € / Tag
Langliegerzuschlag	319 € / Tag

Erlös	13.538 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9492

DRG F01C

Erlös	10.068 €
BWR Pflegeerlös/Tag	in der DRG enthalten

DRG F01M

Implantation eines 2-Kammer-Defibrillators

2-K-ICD-Implantation
[5-377.6]

Aggregat- und Sondenwechsel bei 2-K-ICD
[5-378.65]

Aggregatwechsel bei Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-378.5g]

Systemumstellung: HSM auf 2-K-ICD
[5-378.ba]

Systemumstellung: 1-/3-K-ICD auf 2-K-ICD
[5-378.c0/.c9]

ICD mit subkutaner Elektrode auf 2-K-ICD
[5-378.ch]

+ Bestimmte Operationen an Herzklappen, Septen und herznahen Gefäßen

ODER

Aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung
> 392 Aufwandspunkte

Bewertung	4,856
Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14
Obere Grenzverweildauer	28
Kurzliegerabschlag	-1.706 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-570 € / Tag
Langliegerzuschlag	429 € / Tag

Erlös	22.150 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,3148

DRG F01A

Implantation eines 3-Kammer-Defibrillators

3-K-ICD-Implantation
[5-377.70/.71]

Implantation Defibrillator mit subkutaner Elektrode
[5-377.j]

Implantation intrakardialer Impulsgenerator
[5-377.k]

+ Zusätzlicher Herz- oder Gefäßeingriff

ODER

Mit Intensivmed. Komplexbehandlung
ab 393/369/ - Aufwandspunkten

Bewertung	4,856
Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14
Obere Grenzverweildauer	28
Kurzliegerabschlag	-1.706 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-570 € / Tag
Langliegerzuschlag	429 € / Tag

Erlös	22.150 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,3148

DRG F01A

Defibrillatoren

Aggregatwechsel

Hybrid NEU

Aggregatwechsel bei 1-K-ICD

Aggregatwechsel bei 1-K-ICD
[5-378.5c/.5d]

Systemumstellung: 2-/3-K-ICD auf 1-K-ICD
[5-378.c3/.c4/.c7/.c8]

Aggregatwechsel bei 1-K-ICD

Alle Kriterien und Bedingungen der F02B (siehe links)

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung	1,712
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,2
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.122 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-365 € / Tag
Langliegerzuschlag	301 € / Tag

Erlös	7.809 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8666

DRG F02B

Erlös	5.088 €
BWR Pflegeerlös/Tag	ist enthalten

DRG F02N

Hybrid | NEU

Aggregatwechsel bei 2- oder 3-K-ICD

Aggregatwechsel bei 2-K-ICD
(5-378.55)

Aggregatwechsel bei 3-K-ICD
(5-378.5f)

Aggregatwechsel bei 2- oder 3-K-ICD

Alle Kriterien und Bedingungen der F02A (siehe links)

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung **2,009**

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,6
Obere Grenzverweildauer	13
Kurzliegerabschlag	-2.012 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-369 € / Tag
Langliegerzuschlag	306 € / Tag

Erlös **9.164 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 0,9159

DRG **F02A**

Erlös **6.490 €**

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG **F02M**

Produktübersicht

Zuordnung der OPS-Codes

	Neu-implantation	Aggregat-wechsel OHNE Elektrode	Aggregat-wechsel MIT Elektrode	Zusatzcode Telemedizin	Zusatzcode quadripolare Stimulation
Einkammer-ICD					
Rivacor 7 VR-T (DF4)	5-377.50 F010 (F01F)	5-378.5c F02N (F02B)	5-378.6c F01F	5-377.d	
Intica 7 VR-T Neo (DF1)					
Rivacor 5 VR-T (DF4)					
Intica 5 VR-T Neo (DF1)					
Rivacor 3 VR-T (DF4)					
Inlexa 3 VR-T (DF1/DF4)					
Einkammer-ICD DX					
Acticor 7 VR-T DX (DF4)	5-377.51 F01F	5-378.5d F02N (F02B)	5-378.6d F01F	5-377.d	
Ilivia 7 VR-T DX Neo (DF1)					
Rivacor 7 VR-T DX (DF4)					
Intica 7 VR-T DX Neo (DF1)					
Rivacor 5 VR-T DX (DF4)					
Intica 5 VR-T DX Neo (DF1)					
Zweikammer-ICD					
Acticor 7 DR-T (DF4)	5-377.6 F01N (F01E)	5-378.55 F02M (F02A)	5-378.65 F01E	5-377.d	
Ilivia 7 DR-T Neo (DF1)					
Rivacor 7 DR-T (DF4)					
Intica 7 DR-T Neo (DF1)					
Rivacor 5 DR-T (DF4)					
Intica 5 DR-T Neo (DF1)					
Rivacor 3 DR-T (DF4)					
Inlexa 3 DR-T (DF1/DF4)					

	Neu- implantation	Aggregat- wechsel OHNE Elektrode	Aggregat- wechsel MIT Elektrode	Zusatzcode Telemedizin	Zusatzcode quadripolare Stimulation
CSP (Conduction System Pacing)					
Acticor 7 HF-T (DF4) CSP	5-377.70 5-377.71	5-378.5e 5-378.5f	5-378.6e 5-378.6f	5-377.d	
Acticor 7 DR-T CSP	5-377.6	5-378.55	5-378.65		
Rivacor 7 HF-T (DF4) CSP	5-377.70 5-377.71	5-378.5e 5-378.5f	5-378.6e 5-378.6f		
Rivacor 7 DR-T (DF4) CSP	5-377.6	5-378.55	5-378.65		
Rivacor 5 HF-T (DF4) CSP	5-377.70 5-377.71	5-378.5e 5-378.5f	5-378.6e 5-378.6f		
Rivacor 5 DR-T (DF4) CSP	5-377.6	5-378.55	5-378.65		
Dreikammer-ICD (CRT-D BP)					
Acticor 7 HF-T (DF4)	5-377.70 5-377.71 F01M (F01C)	5-378.5e 5-378.5f F02M (F02A)	5-378.6e 5-378.6f F02M (F02A)	5-377.d	
Ilivia 7 HF-T Neo (DF1)					
Rivacor 7 HF-T (DF4)					
Intica 7 HF-T Neo (DF1)					
Rivacor 5 HF-T (DF4)					
Intica 5 HF-T Neo (DF1)					
Rivacor 3 HF-T (DF4)					
Inlexa 3 HF-T (DF1/DF4)					
Dreikammer-ICD (CRT-D QP)					
Acticor 7 HF-T QP (DF4)	5-377.70 5-377.71 F01M (F01C)	5-378.5e 5-378.5f F02M (F02A)	5-378.6e 5-378.6f F02M (F02A)	5-377.d	5-377.f4
Ilivia HF-T QP Neo (DF1)					
Rivacor 7 HF-T QP (DF4)					
Intica 7 HF-T QP Neo (DF1)					
Rivacor 5 HF-T QP (DF4)					
Intica 5 HF-T QP Neo (DF1)					
Rivacor 3 HF-T QP (DF4)					
Inlexa 3 HF-T QP (DF1/DF4)					

Ambulant durchführbare Leistungen

Defibrillatoren

OPS 2026		Ambulant im KH nach §115b SGB V	durch Vertragsarzt nach EBM	Leistungs- kategorie EBM	
Neuimplantation					
5-377.50	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	Hybrid	Nein	Ja*	L3
5-377.51	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L4
5-377.6	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-377.70	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-377.71	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5
Explantation					
5-378.19	Sondenentfernung: Defibrillator		Nein	Ja	L3
5-378.2c	...und Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L2
5-378.2d	...und Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L2
5-378.25	...und Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation		Nein	Ja	L4
5-378.2e	...und Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode		Nein	Ja	L2
5-378.2f	...und Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode		Nein	Ja	L2
Sondenkorrektur					
5-378.3c	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L2
5-378.3d	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L3
5-378.35	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation		Nein	Ja	L3
5-378.3e	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode		Nein	Ja	L3
5-378.3f	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode		Nein	Ja	L3
Sondenwechsel					
5-378.7c	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L4
5-378.7d	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L4
5-378.75	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation		Nein	Ja	L5
5-378.7e	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode		Nein	Ja	L5
5-378.7f	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode		Nein	Ja	L5
Aggregat- und Sondenwechsel					
5-378.6c	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L5
5-378.6d	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L5
5-378.65	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation		Nein	Ja	L5
5-378.6e	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode		Nein	Ja	L5
5-378.6f	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode		Nein	Ja	L5

* Leistungen mit einer vorhandenen Hybrid-DRG sind durch den Vertragsarzt entsprechend Anhang 2 des EBM nur erbringbar, wenn die Voraussetzungen für die Hybrid-DRG nicht vorliegen.

Systemumstellungen Herzschrittmacher

5-378.b8	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-378.b9	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L5
5-378.ba	auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-378.bb	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-378.bc	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5

Systemumstellungen Defibrillator mit Einkammer-Stimulation

5-378.c0	auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Hybrid	Nein	Ja*	L4
5-378.c1	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-378.c2	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5

Systemumstellungen Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation

5-378.c3	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L4
5-378.c4	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L4
5-378.c5	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5
5-378.c6	auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode	Hybrid	Nein	Ja*	L5

Systemumstellungen Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation

5-378.c7	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion		Nein	Ja	L5
5-378.c8	auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion		Nein	Ja	L5
5-378.c9	auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Hybrid	Nein	Ja*	L5

Abrüstungen von ICD auf Herzschrittmacher

5-378.ca	Defibrillator auf HSM-Einkammersystem		Nein	Ja	L5
5-378.cb	Defibrillator auf HSM-Zweikammersystem		Nein	Ja	L5
5-378.cc	Defibrillator auf HSM-Dreikammersystem, ohne Vorhofolektrode		Nein	Ja	L5
5-378.cd	Defibrillator auf HSM-Dreikammersystem, mit Vorhofolektrode		Nein	Ja	L5

Aggregatwechsel

5-378.55	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Hybrid	Ja**	Ja*	L2
5-378.5c	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne Vorhofdetektion	Hybrid	Ja**	Ja*	L2
5-378.5d	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit Vorhofdetektion	Hybrid	Ja**	Ja*	L2
5-378.5e	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode	Hybrid	Ja**	Ja*	L3
5-378.5f	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode	Hybrid	Ja**	Ja*	L3

** Leistung ist im AOP-Katalog enthalten.

Da es aber eine zugeordnete Hybrid-DRG gibt, ist die Abrechnung nach §115b NICHT möglich.

Schrittmacher und Defibrillatoren

Revisionen

Revision ohne komplexen Eingriff

Aggregatentfernung
(5-378.0*)

Sondenkorrektur
(5-378.3*)

Lagekorrektur des Aggregats
(5-378.4*)

Kupplungskorrektur
(5-378.8*)

+ Alter > 15 Jahre

Revision mit komplexem Eingriff

Aggregatentfernung
(5-378.0*)

Sondenkorrektur
(5-378.3*)

Lagekorrektur des Aggregats
(5-378.4*)

Kupplungskorrektur
(5-378.8*)

+ Alter < 16 Jahre

ODER

Äußerst schwere Nebenerkrankungen (PCCL>3)

ODER

Sondenentfernung mit:

- Excimer-Laser
- rotierender Extr. Schleuse
- mehr als einer Extraktionshilfe

Bewertung	0,828
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,3
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.929 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-383 € / Tag
Langliegerzuschlag	333 € / Tag

Erlös	3.777 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8349

DRG F18D

Bewertung	2,683
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,8
Obere Grenzverweildauer	26
Kurzliegerabschlag	-1.825 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-529 € / Tag
Langliegerzuschlag	397 € / Tag

Erlös	12.238 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,0961

DRG F18B

Revision mit komplexem Eingriff:

Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär
(5-377.g*)

Sondenentfernung
(5-378.1*)

Aggregat- und Sondenentfernung
(5-378.2*)

Sondenwechsel
(5-378.7*)

Sonstige Entfernung, Wechsel und Korrektur
(5-378.x)

+ Alter > 15 Jahre

Revision mit komplexem Eingriff

Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär
(5-377.g*)

Sondenentfernung
(5-378.1*)

Aggregat- und Sondenentfernung
(5-378.2*)

Sondenwechsel
(5-378.7*)

Sonstige Entfernung, Wechsel und Korrektur
(5-378.x)

+ Einsatz einer intraluminalen expandierenden
Extraktionshilfe (5-378.a4)

Bewertung	1,181
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,9
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.656 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-415 € / Tag
Langliegerzuschlag	351 € / Tag

Erlös	5.387 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,0134

DRG F18C

Bewertung	2,683
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,8
Obere Grenzverweildauer	26
Kurzliegerabschlag	-1.825 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-529 € / Tag
Langliegerzuschlag	397 € / Tag

Erlös	12.238 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,0961

DRG F18B

Schrittmacher und Defibrillatoren

Revisionen

Revision mit speziellem komplexem Eingriff

Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär
[5-377.g*]

Aggregatentfernung
[5-378.0*]

Sondenentfernung
[5-378.1*, außer 5-378.1b]

Aggregat-/Sondenentfernung
[5-378.2*, außer 5-378.2g/.2h und .2x]

Sondenkorrektur
[5-378.31/.35/.3a bis .3g/.3j/.3x]

Lagekorrektur Aggregat
[5-378.4*]

+ Alter < 16 Jahre

ODER

Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)

ODER

Sondenentfernung mit:

- Excimer-Laser [5-378.a0]
- drehender Extraktionshilfe [5-387.a3]
- mehr als einer intraluminalen exp. Extraktionshilfe [5-378.a5/.a6]

Isolierte offen-chirurgische Sondenimplantation

Isolierte offen-chirurgische Sondenimplantation
[5-377.c0/.c1/.c2]

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	3,246
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	11,6
Obere Grenzverweildauer	25
Kurzliegerabschlag	-1.569 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-497 € / Tag
Langliegerzuschlag	538 € / Tag

Erlös	14.806 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1532

DRG F18A

Bewertung	2,2
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	11,5
Obere Grenzverweildauer	23
Kurzliegerabschlag	-1.505 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	365 € / Tag

Erlös	10.035 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1897

DRG F12D

Revision eines 1-/2- oder 3-Kammer-Rhythmusimplantates

isolierte Sondenimplantation, endovaskulär
(5-377.g*)

Sondenentfernung
(5-378.1*)

Aggregat-/Sondenentfernung
(5-378.2*)

Sondenwechsel
(5-378.7*)

Sonstige Entfernung, Wechsel und Korrektur
(5-378.x)

+ Revision mit komplexem Eingriff

+ Alter < 16 Jahre

ODER

Äußerst schwere Nebendiagnosen (PCCL > 3)

ODER

Sondenentfernung oder -wechsel mit:

- Excimer-Laser (5-378.a0)
- rotierender Extraktionsschleuse (5-378.a3)
- mehr als einer intraluminal expandierbaren Extraktionshilfe (5-378.a5/.a6)

Bewertung **3,736**

Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14,5
Obere Grenzverweildauer	29
Kurzliegerabschlag	-1.478 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-479 € / Tag
Langliegerzuschlag	356 € / Tag

Erlös **17.041 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,0668

DRG **F12A**

Ereignisrekorder Highlights



Intelligentes SmartECG

Für eine effiziente und präzise Datenauswertung



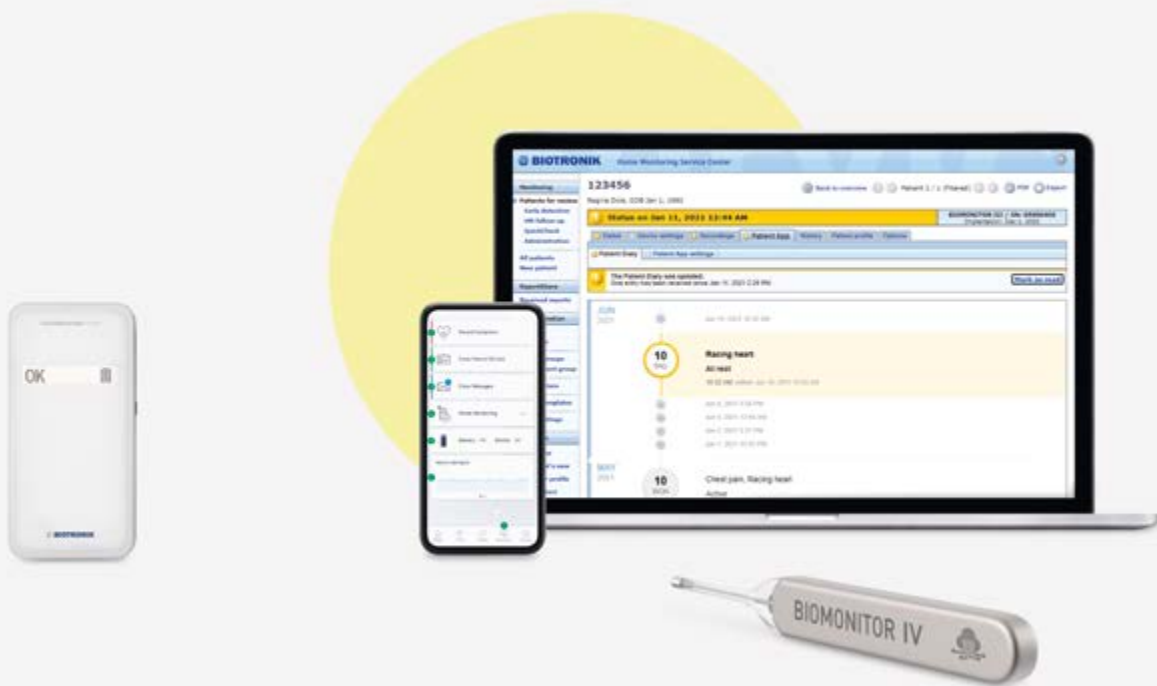
Mehr Sicherheit mit BIOTRONIK Home Monitoring

Für effizientere Arbeitsabläufe



Klarheit bei der Diagnostik von Extrasystolen

Für individuelle Behandlungsentscheidungen



BIOMONITOR IV

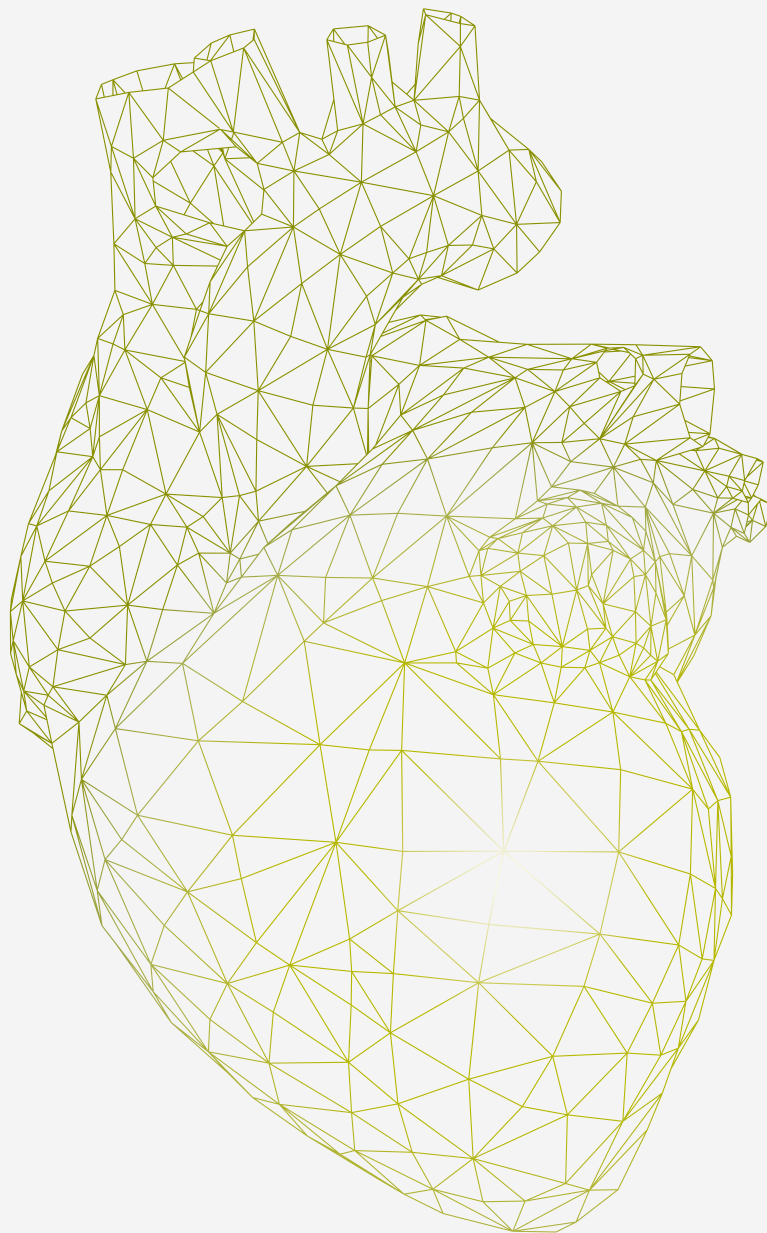
Intelligence. Confidence. Clarity.

Fortschrittliche Algorithmen und künstliche Intelligenz erkennen klinisch relevante Episoden mit einer höheren Präzision. Damit können Sie sich auf das konzentrieren, was am wichtigsten ist – Ihre Patienten.



BIOMONITOR IV

INTELLIGENCE. CONFIDENCE. CLARITY.



Ereignisrekorder

Kapitelverzeichnis

Übersicht	66
-----------	----

Kodierung nach dem OPS 2026	67
-----------------------------	----

Implantation	68
--------------	----

Aggregatwechsel	71
-----------------	----

Revision	72
----------	----

Ereignisrekorder

Übersicht

		Erlös	DRG
Implantation	Ereignisrekorder bei Synkopen und Arrhythmie-Monitoring	5.510 €	F12F
	• mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen	7.180 €	F12E
	• Bei Alter < 16 Jahre	11.317 €	F12C
	Ereignisrekorder zusammen mit Ablationen bei Tachyarrhythmie	8.945 €	F50A
	Ereignisrekorder bei Behandlung des akuten Schlaganfalls	7.681 €	B17C
Aggregatwechsel	Ereignisrekorder	3.471 €	F17B
	• Bei Alter < 16 Jahre	6.094 €	F17A
Revisionen	Ereignisrekorder	3.777 €	F18D
	• Bei Alter < 16 Jahre	12.238 €	F18B

Ereignisrekorder

Kodierung nach dem OPS 2026

		Ereignisrekorder
Prozedur	Neuimplantation	5-377.8
	Aggregatwechsel	5-378.57
	Explantation	5-378.07
Zusatzkodes	BIOTRONIK HomeMonitoring	5.377.d
	Messfunktion für das Lungenwasser	5-377.h0

Ereignisrekorder Implantation

Implantation als Hauptleistung

Implantation eines Ereignisrekorders
(5-377.8)

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	1,208
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5,5
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.797 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-411 € / Tag
Langliegerzuschlag	338 € / Tag

Erlös	5.510 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9402

DRG F12F

Implantation als Hauptleistung

Implantation eines Ereignisrekorders
(5-377.8)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	2,481
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,4
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.473 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-470 € / Tag
Langliegerzuschlag	369 € / Tag

Erlös	11.317 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1216

DRG F12C

Implantation als Hauptleistung

Implantation eines Ereignisrekorders
(5-377.8)

- +** Alter > 15 Jahre
- +** Invasive kardiologische Diagnostik:
 - Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf (1-27*)
 - EPU (1-265.*)
 - Intrakoronare Flussmessung (3-05g.1)
 - Intrakardiale Echokardiographie (ICE, 3-05g.2)
 - Optische Kohärenztomographie (OCT) der Koronargefäße (3-300.1)

Bewertung	1,574
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.200 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-401 € / Tag
Langliegerzuschlag	315 € / Tag

Erlös	7.180 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8432

DRG **F12E**

Ereignisrekorder Implantation

Implantation im Zusammenhang mit Ablationen bei Tachyarrhythmie

Implantation eines Ereignisrekorders
(5-377.8)

Ablatives Verfahren (siehe Abschnitt Elektrophysiologie)

Bewertung	1,961
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,5
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.893 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-406 € / Tag
Langliegerzuschlag	347 € / Tag

Erlös	8.945 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8895

DRG F50A

Implantation bei Behandlung des akuten Schlaganfalls

Implantation eines Ereignisrekorders
(5-377.8)

- +** Krankheiten und Störungen des Nervensystems, u. a.:
- Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien (I63.5)
 - Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien (I63.2)
 - Sonstiger Hirninfarkt (I63.8)

Bewertung	1,684
Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,8
Obere Grenzverweildauer	18
Kurzliegerabschlag	-1.660 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-506 € / Tag
Langliegerzuschlag	566 € / Tag

Erlös	7.681 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9864

DRG B17C

Ereignisrekorder

Aggregatwechsel

Aggregatwechsel bei Ereignisrekordern

Aggregatwechsel eines Ereignisrekorders
(5-378.57)

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	0,761
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	3
Obere Grenzverweildauer	6
Kurzliegerabschlag	-739 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-351 € / Tag
Langliegerzuschlag	328 € / Tag

Erlös	3.471 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,9501

DRG **F17B**

Aggregatwechsel bei Ereignisrekordern

Aggregatwechsel eines Ereignisrekorders
(5-378.57)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	1,336
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	3,2
Obere Grenzverweildauer	7
Kurzliegerabschlag	-994 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-383 € / Tag
Langliegerzuschlag	351 € / Tag

Erlös	6.094 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,1153

DRG **F17A**

Ereignisrekorder

Revision

Aggregatentfernung

Entfernung eines Ereignisrekorders
(5-378.07)

+ Alter > 15 Jahre

Bewertung	0,828
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,3
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.929 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-383 € / Tag
Langliegerzuschlag	333 € / Tag

Erlös	3.777 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8349

DRG F18D

Aggregatentfernung

Entfernung eines Ereignisrekorders
(5-378.07)

+ Alter < 16 Jahre

Bewertung	2,683
Untere Grenzverweildauer	4
Mittlere Verweildauer	12,8
Obere Grenzverweildauer	26
Kurzliegerabschlag	-1.825 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-529 € / Tag
Langliegerzuschlag	397 € / Tag

Erlös	12.238 €
BWR Pflegeerlös/Tag	1,0961

DRG F18B

BIOMONITOR IV

Leistungsstark dank Künstlicher Intelligenz



Biomonitor IV



CardioMessenger Smart



KI-Algorithmus



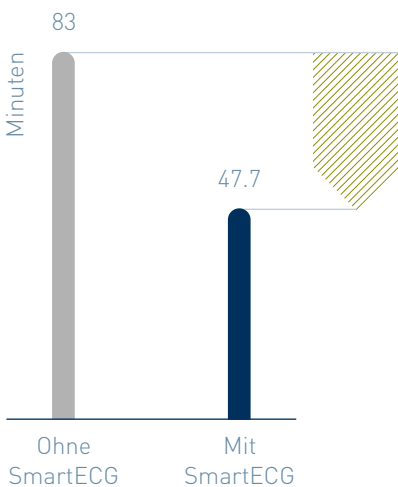
Home Monitoring Service Center

READSMART

Künstliche Intelligenz und Signalverarbeitung reduzieren den Arbeitsaufwand bei der EKG-Fernüberwachung bei zuverlässiger Arrhythmieerkennung.

SmartECG und KI

Künstliche Intelligenz kann die Anzahl der falsch positiven EKGs und damit die Arbeitsbelastung in der klinischen Routine reduzieren.

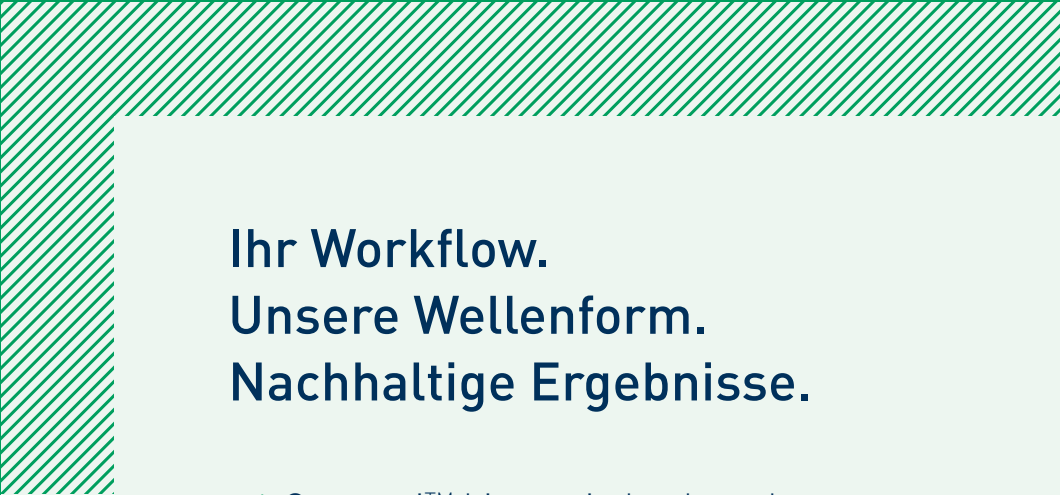


42.5%
verringerte
Arbeitsbelastung

Mit SmartECG

sparen Sie 59 Stunden Analysezeit pro 100 Patienten und Jahr

Bisignani G, Cheung JW, Rordorf R, Kutyifa V, Hofer D, Berti D, Di Biase L, Martens E, Russo V, Vitillo P, Zoutendijk M, Deneke T, Köhler I, Schrader J and Upadhyay G (2024) Implantable cardiac monitors: artificial intelligence and signal processing reduce remote ECG review workload and preserve arrhythmia detection sensitivity. *Front. Cardiovasc. Med.* 11:1343424



Ihr Workflow. Unsere Wellenform. Nachhaltige Ergebnisse.

- ✓ Centauri™ bietet ein hochmodernes, offenes Plattformdesign, welches sich nahtlos in bestehende Arbeitsabläufe integrieren lässt.
- ✓ Klinisch vielseitig einsetzbar.
- ✓ Unterstützt drei handelsübliche Kontaktkraft-Ablationskatheter.
- ✓ Erzeugung von gezielten, zuverlässigen und dauerhaften PFA-Läsionen.
- ✓ Ermöglicht es Ärzten, die Effizienz und Sicherheit des Verfahrens sowie die Patientenergebnisse zu verbessern.



Centauri™ PFA-System

Das Centauri™ PFA-System (Pulsed Field Ablation) integriert sich in Ihren aktuellen Workflow und sorgt für sichere, effiziente und nachhaltige Ergebnisse.

Disclaimer: Centauri™ is a trademark of CardioFocus, Inc., its subsidiary or related companies.

Qubic Stim

Universal Herzstimulator



Elektrophysiologie

Kapitelverzeichnis

Invasive kardiologische Diagnostik – Übersicht **78**

Kodierung nach dem OPS 2026 **79**

Invasive kardiologische Diagnostik **80**

Ablation – Übersicht **88**

Kodierung nach dem OPS 2026 **89**

Ablationen bei Tachyarrhythmie **90**

Elektrophysiologie

Übersicht

		Erlös	DRG
Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	mit bestimmtem Eingriff	3.093 €	F49F
	Hybrid	1.144 €	F49R
	Hybrid	1.928 €	F49Q
	mit kardialem Mapping	4.174 €	F49E
	mit bestimmter komplexer Diagnose		
	Hybrid	2.047 €	F49P
	Hybrid	2.616 €	F49O
	mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	5.246 €	F49D
	Hybrid	2.504 €	F49N
	Hybrid	2.728 €	F49M
	Alter < 18 Jahre	7.914 €	F49C
	ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	4.712 €	F49B
	mit komplexem Eingriff	12.475 €	F49A
	Alter < 10 Jahre		

Elektrophysiologie

Kodierung nach dem OPS 2026

		OPS
EPU	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	1-265.*
Kathetergestützt	Störungen der Sinusknotenfunktion	1-265.0
	Störungen der AV-Überleitung	1-265.1
	Intraventrikuläre Leistungsstörungen (faszikuläre Blockierungen)	1-265.3
	Tachykardien mit breitem QRS-Komplex oder atriale Tachykardien	1-265.4
	WPW- Syndrom	1-265.5
	Tachykardien mit breitem QRS-Komplex	1-265.6
	Nicht anhaltende Kammertachykardien und ventrikuläre Extrasystolen	1-265.7
	Synkopen unklarer Genese	1-265.8
	Bei Zustand nach Herz-Kreislauf-Stillstand	1-265.9
	Nach kurativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers	1-265.a
	Nach palliativer Therapie eines angeborenen Herzfehlers	1-265.b
	Bei Zustand nach Herztransplantation	1-265.d
	Vorhofflimmern	1-265.e
	Vorhofflattern	1-265.f
Kardiales Mapping	Rechter Vorhof	1-268.0
	Linker Vorhof	1-268.1
	Gemeinsamer Vorhof	1-268.2
	Rechter Ventrikel	1-268.3
	Linker Ventrikel	1-268.4
	Univentrikuläres Herz	1-268.5
Produkte	ViaCath, MultiCath	

Elektrophysiologie

Invasive kardiologische Diagnostik

Hybrid NEU

Ohne akuten Myokardinfarkt oder bei mehr als einem Belegungstag

Kathetergestützte EPU/ n.n. bezeichnet (1-265.y)
Rechtsherz-Katheteruntersuchung (1-273.1/.2/.5/.6/.x/.y)
Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung (1-274.1/.2/.x/.y)
Koronarangiographie (1-275.*)
Weitere spezielle Untersuchungsverfahren (ausgewählte OPS aus den 1-276.* / 1-277.* / 1-279.*)

Ohne akuten Myokardinfarkt oder bei mehr als einem Belegungstag

Katheter gestützte EPU (1-265.y)
Rechtsherzkatheter (1-273.1/.2/.x/.y)
Transseptaler Linksherzkatheter (1-274.0/.x/.y)
Sonstige Katheteruntersuchungen (1-275.0/.1/.2/.3/.4/.5/.x/.y, 1-279.0)

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung 0,678

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,7
Obere Grenzverweildauer	9
Kurzliegerabschlag	-1.131 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-369 € / Tag
Langliegerzuschlag	315 € / Tag

Erlös 3.093 €

BWR Pflegeerlös/Tag 0,6863

DRG F49F

Erlös 1.144 €

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG F49R

Ohne akuten Myokardinfarkt oder bei mehr als einem Belegungstag

Transösophageale Echokardiographie (TEE) (3-052)

Verschiedene CT-Untersuchungen
(3-200/-202/-203/-204/-206/-207/-220/-221/-222/-224.0/.1/
-225/-226)

Lungenszintigraphie (3-703.0/.1/.2)

Verschiedene MRT-Untersuchungen (3-800/-803.0/.1/.2/.x/
-809/-820/-824.0/.1/.2/.x)

Weitere Kriterien und Bedingungen der F49R (siehe links)

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös **1.928 €**

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG **F49Q**

Elektrophysiologie

Invasive kardiologische Diagnostik

Hybrid | NEU

Mit bestimmtem Eingriff

Kathetergestützte EPU (1-265.0/.1/.3/.5/.9/.a/.b/.d/.e/.f)
 Kardiales Mapping (1-268.0/.3/.x/.y)
 Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung (1-274.31/.4)
 Weitere spezielle Untersuchungsverfahren
 (3-05g.1/3-05g.2/3-300.1)

Mit bestimmtem Eingriff

Kathetergestützte EPU(1-265.8/.x)
 Koronarangiographie mit Druckmessdraht (1-279.a)

Alle Kriterien und Bedingungen der F49E (siehe links)

- +** Alter > 14 Jahre
- +** Pulmonalisangiographie (1-276.0)
- +** Bestimmte kardiologische Diagnostik
 (z.B. 1-275.0/.1/.2/.3/1-276.21/.22/1-277.0/ 1/
 1-279.0/.2 usw.)
- ODER**
- Dialyse
- ODER**
- Komplexe Krankheiten des Kreislaufsystems
 (z.B. 142.80/.88, 146.0, 147.2, 149.0, 150.00/.01 usw.)

- +** Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG
- +** Alter >17 Jahre
- +** PCCL<3
- +** Pflegegrad < 4
- +** kein Ausschlusskontextfaktor
- +** Weniger als 3 Belegungstage
- +** Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung 0,915

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	6,8
Obere Grenzverweildauer	14
Kurzliegerabschlag	-1.560 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-374 € / Tag
Langliegerzuschlag	301 € / Tag

Erlös 4.174 €

BWR Pflegeerlös/Tag 0,7227

DRG F49E

Erlös 2.047 €

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG F49P

Hybrid NEU

Mit bestimmtem Eingriff

Kathetergestützte EPU(1-265.4)

Transseptaler Linksherzkatheter (1-274.30/.3x)

Alle Kriterien und Bedingungen der F49P (siehe links)

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös

2.616 €

BWR Pflegeerlös/Tag

ist enthalten

DRG

F490

Elektrophysiologie

Invasive kardiologische Diagnostik

Hybrid | NEU

Ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag

Kathetergestützte EPU (1-265.*)
 Kardiales Mapping (1-268.*)
 Rechtsherz-Katheteruntersuchung (1-273.*)
 Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung (1-274.*)
 Koronarangiographie (1-275.*)
 Weitere spezielle Untersuchungsverfahren (z.B. OCT)

Ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag

EPU bei Synkopen unklarer Genese (1-265.8)
 Sondierung des Vorhofseptums (1-274.30/.3x)
 Koronarangiographie mit Druckdrahtmessung (1-279.a)

Weitere Kriterien und Bedingungen der F49D (siehe links)

- + Alter >17 Jahre
 - + Bestimmte Krankheiten des Kreislaufsystems (z.B. I50.00/.01/.13/.14, I42.* usw.)
 - + Komplexe Kardiologische Diagnostik (z.B. EPU (1.265.*), Kardiales Mapping (1-268.*), Transsept. Verfahren (1.274.*), IVUS (3-05e.*))
- ODER** Komplexe Krankheiten des Kreislaufsystems (z.B. Q20, Q21, Q22, Q23, Q24, Q25 u.s.w.)
- ODER** Bestimmte Kardiologische Diagnostik (1-265.6/.7, 1-268.1/.2/.4/.5, 1-497.1/.2)

- + **Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG**
- + Alter >17 Jahre
- + PCCL<3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung 1,150

Untere Grenzverweildauer	3
Mittlere Verweildauer	8,3
Obere Grenzverweildauer	16
Kurzliegerabschlag	-1.236 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-397 € / Tag
Langliegerzuschlag	310 € / Tag

Erlös 5.246 €

BWR Pflegeerlös/Tag 0,7264

DRG F49D

Erlös 2.504 €

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG F49N

Hybrid NEU

Ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag

Kathetergestützte EPU (1-265.4/.x)

Weitere Kriterien und Bedingungen der F49D (siehe links)

- + **Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG**
 - + Alter >17 Jahre
 - + PCCL<3
 - + Pflegegrad < 4
 - + kein Ausschlusskontextfaktor
 - + Weniger als 3 Belegungstage
 - + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös	2.728 €
BWR Pflegeerlös/Tag	ist enthalten

DRG	F49M
------------	-------------

Elektrophysiologie

Invasive kardiologische Diagnostik

Außer bei akutem Myokardinfarkt

Kathetergestützte EPU
(1-265.*)

Kardiales Mapping
(1-268.*)

Rechtsherz-Katheteruntersuchung
(1-273.*)

Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
(1-274.*)

Koronarangiographie
(1-275.*)

Weitere spezielle Untersuchungsverfahren
(z.B. OCT)

+ Jede invasive diagnostische kardiologische Prozedur,
z.B. Druckmessung (1-273.*)

+ Alter < 18 Jahre

Ohne komplexen Eingriff

Kathetergestützte EPU
(1-265.*)

Kardiales Mapping
(1-268.*)

Rechtsherz-Katheteruntersuchung
(1-273.*)

Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
(1-274.*)

Koronarangiographie
(1-275.*)

Weitere spezielle Untersuchungsverfahren
(z.B. OCT)

+ Äußerst schwere CC (PCCL > 3)

+ Alter > 9 Jahre

Bewertung 1,735

Untere Grenzverweildauer	5
Mittlere Verweildauer	14,1
Obere Grenzverweildauer	27
Kurzliegerabschlag	-1.314 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-433 € / Tag
Langliegerzuschlag	324 € / Tag

Erlös 7.914 €

BWR Pflegeerlös/Tag 0,9336

DRG F49C

Bewertung 1,033

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	2,6
Obere Grenzverweildauer	6
Kurzliegerabschlag	-4.712 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-999 € / Tag
Langliegerzuschlag	547 € / Tag

Erlös 4.712 €

BWR Pflegeerlös/Tag 1,7681

DRG F49B

Mit komplexem Eingriff

Kathetergestützte EPU
(1-265.*)

Kardiales Mapping
(1-268.*)

Rechtsherz-Katheteruntersuchung
(1-273.*)

Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
(1-274.*)

Koronarangiographie
(1-275.*)

Weitere spezielle Untersuchungsverfahren
(z.B. OCT)

+ Äußerst schwere CC (PCCL > 3)

+ Alter < 10 Jahre

ODER Komplexe kardiologische Diagnostik
(transseptale Untersuchungen (1-274.*),
elektrophysiologische Diagnostik (1-265.*))

Bewertung **2,735**

Untere Grenzverweildauer	6
Mittlere Verweildauer	18
Obere Grenzverweildauer	33
Kurzliegerabschlag	-1.797 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-566 € / Tag
Langliegerzuschlag	420 € / Tag

Erlös **12.475 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 1,3930

DRG **F49A**

Ablation

Übersicht

		Erlös	DRG
Ablative Maßnahme	Mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung	5.414 €	F50C
	Bestimmte Ablationen		
	Hybrid	3.599 €	F500
	Komplexe Ablation	7.289 €	F50B
	Hybrid	5.069 €	F50N
	Mit komplexer Ablation im linken Vorhof	8.945 €	F50A
	Mit Implantation eines Ereignisrekorders		
	Mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof oder Ventrikel		
	Alter < 16 Jahre		
	Hybrid	7.407 €	F50A

Ablation

Kodierung nach dem OPS 2026

		RF-Ablation	Gekühlte Ablation	Irreversible Elektroporation (Pulsed Field Ablation)
Lokalisation	Rechter Vorhof	8-835.20	8-835.30	8-835.k0
	Linker Vorhof	8-835.23	8-835.33	8-835.k3
	Pulmonalvenen	8-835.25	8-835.35	8-835.k5
	AV-Knoten	8-835.21	8-835.31	8-835.k1
	Rechter Ventrikel	8-835.22	8-835.32	8-835.k2
	Linker Ventrikel	8-835.24	8-835.34	8-835.k4
	Univentrikuläres Herz			
Produkte		AlCath	AlCath Flux eXtra	Wave-1-Aktivierungskit

		OPS
Zusatzcodes OHNE Einfluss auf die DRG-Zuweisung	Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	8-835.8
	Verwendung eines Drahtgeflechtkatheters (nur in Verbindung mit RF-Ablation, 8-835.2*)	8-835.9
	Anwendung rotordetektierender, elektroanatomischer Mappingverfahren	8-835.g
	Messung des Anpressdruckes	8-835.h
	Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Kontaktmappingverfahren	8-835.j

Elektrophysiologie

Ablationen bei Tachyarrhythmie

Hybrid | NEU

Ablative Maßnahme ohne komplexe Ablation

Konventionelle Radiofrequenzablation (RFA)
[8-835.2*]

Gekühlte RFA
[8-835.3*, außer 8-835.33]

Ablation mit anderen Energiequellen
[8-835.4*]

Kryoablation
[8-835.a*, außer 8-835.a3]

Bipolare phasenverschobene RFA
[8-835.b*, außer 8-835.b3]

Irreversible Elektroporation
[8-835.k*]

Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie, nicht näher bezeichnet
[8-835.y]

ggf. mit/ohne Zusatzcodes für Anpressdruck, Mappingverfahren, ...

Ablative Maßnahme ohne komplexe Ablation

Alle Kriterien und Bedingungen der F50C (siehe links), außer Prozeduren im linken Ventrikel (8-835.*4)

+ Alter > 15 Jahre

+ Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG

- + Alter > 17 Jahre
- + PCCL < 3
- + Pflegegrad < 4
- + kein Ausschlusskontextfaktor
- + Weniger als 3 Belegungstage
- + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Bewertung **1,187**

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	5
Obere Grenzverweildauer	11
Kurzliegerabschlag	-1.451 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-388 € / Tag
Langliegerzuschlag	324 € / Tag

Erlös **5.414 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 0,8786

DRG **F50C**

Erlös **3.599 €**

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG **F500**

Ablative Maßnahme mit komplexer Ablation

Konventionelle Radiofrequenzablation (RFA) [8-835.2*]

Gekühlte RFA [8-835.3*]

Ablation mit anderen Energiequellen [8-835.4*]

Kryoablation [8-835.a*]

Bipolare phasenverschobene RFA [8-835.b*]

Irreversible Elektroporation [8-835.k*]

Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie, nicht näher bezeichnet [8-835.y]

ggf. mit/ohne Zusatzcodes für Anpressdruck, Mappingverfahren, ...

- +** Alter > 17 Jahre
- +** Bestimmte Ablationen im linken Vorhof [8-835.33/.a3/.b3]
 - ODER** Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung [1-274.0/.1/.2/.30/.31/.3x/.4]
 - +** Gekühlte Radiofrequenzablation im linken Ventrikel [8-835.34]
 - ODER** Pulmonalvenenablation [8-835.*5]
 - ODER** Ablationen im rechten Vorhof, im linken oder rechten Ventrikel [8-835.*0/.*2/.*4]
 - +** Anwendung dreidimensionaler Mappingverfahren [8-835.8/8-835.j]

Bewertung **1,598**

Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,8
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.770 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-397 € / Tag
Langliegerzuschlag	338 € / Tag

Erlös **7.289 €**

BWR Pflegeerlös/Tag 0,8495

DRG **F50B**

Ablative Maßnahme mit komplexer Ablation

Alle Kriterien und Bedingungen der F50B (siehe links), außer Prozeduren im linken Ventrikel [8-835.*4]

- +** **Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG**
 - +** Alter >17 Jahre
 - +** PCCL <3
 - +** Pflegegrad < 4
 - +** kein Ausschlusskontextfaktor
 - +** Weniger als 3 Belegungstage
 - +** Keine DRG-spezifischen Ausnahmen

Erlös **5.069 €**

BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG **F50N**

Elektrophysiologie

Ablationen bei Tachyarrhythmie

Ablative Maßnahme mit hochkomplexer Ablation

Konventionelle Radiofrequenzablation (RFA) [8-835.2*]
 Gekühlte RFA [8-835.3*]
 Ablation mit anderen Energiequellen [8-835.4*]
 Kryoablation [8-835.a*]
 Bipolare phasenverschobene RFA [8-835.b*]
 Irreversible Elektroporation [8-835.k*]
 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie, nicht näher bezeichnet [8-835.y]
 ggf. mit/ohne Zusatzcodes für Anpressdruck, Mappingverfahren, ...

- +** Alter < 16 Jahre
- ODER** Implantation eines Ereignisrekorders [5-377.8]
- ODER** Kryoablation im LA, LV oder an den Pulmonalvenen [8-835.a3/.a4/.a5]
- +** Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung [1-274.0/.1/.2/.30/.31/.3x/.4]
- ODER** Anwendung 3D-Mappingverfahren [8-835.8/8-835.j]
- +** Ablation (außer Kryo) an den Pulmonalvenen, im LA oder im LV [8-835.23/.25/.33/.34/.35/.45/.a3/.a4/.a5/.b3/.b5/.k5]
- ODER** Bestimmte angeborene Herzfehler
- ODER** Anwendung 3D-Mappingverfahren [8-835.8/8-835.j]
- +** Konventionelle bipolare RF Ablation im LV [8-835.24, 8-835.b4]
- +** Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung [1-274.0/.1/.2/.30/.31/.3x/-4]

Bewertung	1,961
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,5
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.893 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-406 € / Tag
Langliegerzuschlag	347 € / Tag

Erlös	8.945 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8895

DRG F50A

Ablative Maßnahme mit hochkomplexer Ablation

Konventionelle Radiofrequenzablation (RFA) [8-835.2*]
 Gekühlte RFA [8-835.3*]
 Ablation mit anderen Energiequellen [8-835.4*]
 Kryoablation [8-835.a*]
 Bipolare phasenverschobene RFA [8-835.b*]
 Irreversible Elektroporation [8-835.k*]
 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie, nicht näher bezeichnet [8-835.y]
 ggf. mit/ohne Zusatzcodes für Anpressdruck, Mappingverfahren, ...

- +** Alter <18 Jahre
- +** Bestimmte Ablationen im linken Vorhof [8-835.33/.a3/.b3]
- ODER** Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung [1-274.0/.1/.2/.30/.31/.3x/-4]
- +** Gekühlte Radiofrequenzablation im linken Ventrikel [8-835.34]
- ODER** Pulmonalvenenablation [8-835.*5]
- ODER** Ablationen im rechten Vorhof, im linken oder rechten Ventrikel [8-835.*0/.*2/.*4]
- +** Anwendung dreidimensionaler Mappingverfahren [8-835.8/8-835.j]

Bewertung	1,961
Untere Grenzverweildauer	2
Mittlere Verweildauer	4,5
Obere Grenzverweildauer	10
Kurzliegerabschlag	-1.893 € / Tag
Abschlag bei Verlegung	-406 € / Tag
Langliegerzuschlag	347 € / Tag

Erlös	8.945 €
BWR Pflegeerlös/Tag	0,8895

DRG F50A

Ablative Maßnahme mit hochkomplexer Ablation

Alle Kriterien und Bedingungen der F50A (siehe links), außer Prozeduren im linken Ventrikel (8-835.*4)

- + Allgemeine Kriterien für eine Hybrid-DRG
 - + Alter >17 Jahre
 - + PCCL<3
 - + Pflegegrad < 4
 - + kein Ausschlusskontextfaktor
 - + Weniger als 3 Belegungstage
 - + Keine DRG-spezifischen Ausnahmen (z.B. 5-377.8 Implantation Ereignisrekorder führt dann in die F50A)

Erlös **7.407 €**
BWR Pflegeerlös/Tag ist enthalten

DRG **F50M**

Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben basieren auf:

Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für das Jahr 2026 (Quelle: www.g-drg.de)

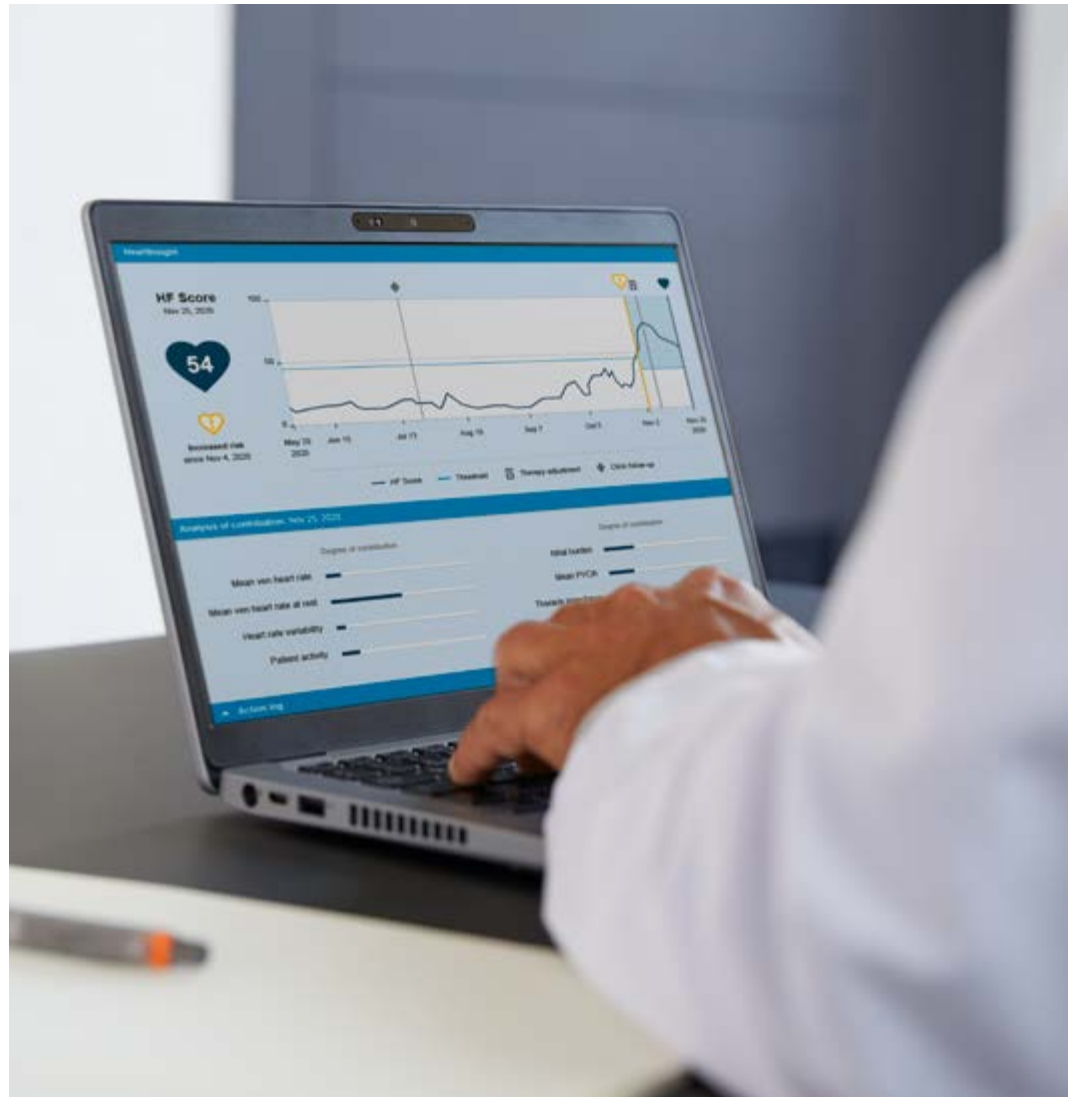
AOP-Katalog 2026 (Quelle: www.kbv.de)

EBM Q1/2026 (Quelle: ebm.kbv.de)

Trotz gründlicher Recherche kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit keine Haftung übernommen werden.

HeartInsight

Heart Failure Management Solution



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

BIOTRONIK Vertriebs
GmbH & Co. KG
Woermannkehre 1
12359 Berlin

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

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

← Inhaltsverzeichnis

Stand: Q1/2026 Bestellnummer: 367341/R/2601