
Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

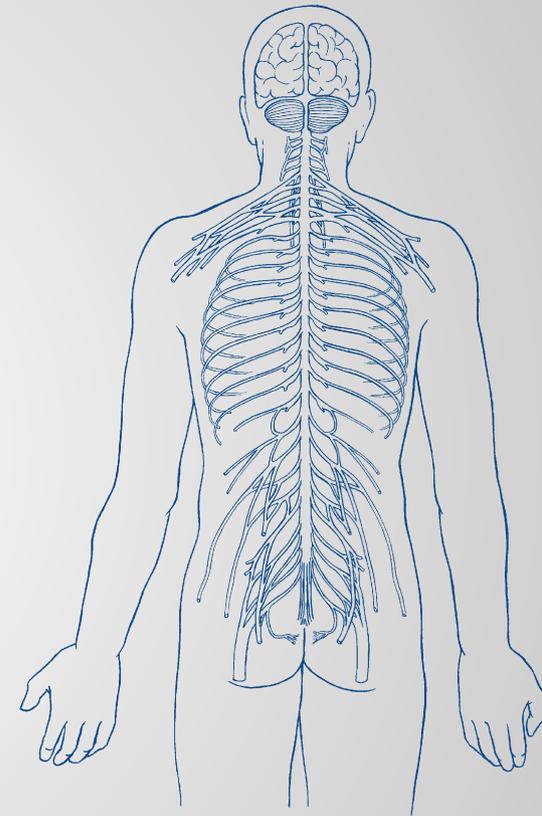
Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG PRIVATÄRZTLICHE LIQUIDATION IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Neuromodulationsverfahren



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns heute in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Zu den ständigen Herausforderungen auf medizinischer Seite berücksichtigen Sie vor dem Hintergrund von Diskussionen und Maßnahmen zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen zudem täglich Fragen nach Kosten und Effektivität der von Ihnen gewählten Behandlungsverfahren. Häufig genug sind selbst die Wege der Finanzierung dieser Behandlungsverfahren unklar und einem stetigen Wandel unterworfen. Budgetlimitierungen, Informationsdefizite und die ständig wachsende administrative Belastung bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen können vor diesem Hintergrund nur durch eine partnerschaftliche Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen geschultert werden.

Dieses Handbuch soll eine Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren sein. In kompakter Form finden Sie hier die für eine sachgerechte Vergütung notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die ambulante Leistungserbringung unserer Behandlungsverfahren. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um

beispielhafte Abrechnungsmuster handelt.

Wir wollen einer der größten Herausforderungen unserer Zeit transparent und überzeugend entgegenreten. Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im Wandel der Gesundheitssysteme.

Mit freundlichen Grüßen

Günther Gyarmathy

Senior Manager

Reimbursement & Health Economics



Unser Reimbursement Leistungsangebot

Quelle der analogen G-OÄ Bewertungen

Abrechnungsbeispiele stationäre privatärztliche OP-Leistungen

Abrechnungsbeispiele ambulante Versorgung

Sachkostenabrechnung

Glossar

UNSER REIMBURSEMENT LEISTUNGSANGEBOT

Was bedeutet Reimbursement für uns?

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

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel:



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MDK und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

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



Weiterbildung und Training

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





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

INHALTS VERZEICHNIS

1. Quelle der analogen G-OÄ Bewertungen

2. Abrechnungsbeispiele stationäre privatärztliche OP-Leistungen

3. Abrechnungsbeispiele ambulante Versorgung

4. Sachkostenabrechnung



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

1. QUELLE DER ANALOGEN G-OÄ BEWERTUNGEN (*)

GOÄ / BG Ziffer	
305	analoge Bewertung gem. §6 GOÄ
661	Kommentar Wetzel/Liebold
828	GOÄ-Ratgeber Deutsches Ärzteblatt
839	GOÄ-Ratgeber Deutsches Ärzteblatt
3055	Kommentar Wetzel/Liebold
3095	Kommentar Wetzel/Liebold
3096	Kommentar Wetzel/Liebold
3097	Kommentar Wetzel/Liebold
2396	analoge Bewertung gem. §6 GOÄ
3211	analoge Bewertung gem. §6 GOÄ

Die analogen Bewertungen sind in den jeweiligen Beispielen entsprechend markiert (*).

InterStim® II



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2. ABRECHNUNGSBEISPIELE STATIONÄRE PRIVATÄRZTLICHE OP-LEISTUNGEN

Privat versicherter stationärer Patient mit wahlärztlicher Vereinbarung

Hinweis: Voraussetzung zur Abrechnung bei privat versicherten stationären Patienten:

- Wahlärztliche Vereinbarung
- Persönliche Durchführung der Operation durch den Wahlarzt (i.d.R. der Chefarzt) oder
- Vereinbarung mit dem Patienten, dass der zuständige Vertreter des Wahlarztes die Operation durchführt.

Anmerkung:

Bei der Beispielabrechnung handelt es sich um ein Muster der Haupt-OP-Leistungen. Es können die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2.1 Rückenmarkstimulation (SCS)

OP	GOÄ	Leistungstext	Einfachsatz	STF	Anzahl	Betrag
Implantation von Elektrode(n) und Aggregat	2570	Implantation von Reizelektroden	262,29	2,3	1	603,27 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
	3095*	Aggregatimplantation	161,46	2,3	1	371,36 €
Austausch	3096*	Aggregatwechsel	64,70	2,3	1	148,81 €
	3097*	Elektrodenaustausch	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Revision	3097*	Elektrodenrevision	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Entfernung	3096*	Aggregat- und/oder Elektrodenentfernung	64,70	2,3	1	148,81 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2.2 Subkutane periphere Nervenstimulation (sPNS)

OP	GOÄ	Leistungstext	Einfachsatz	STF	Anzahl	Betrag
Implantation von Elektrode(n) und Aggregat	2570	Implantation von Reizelektroden	262,29	2,3	1	603,27 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
	3095*	Aggregatimplantation	161,46	2,3	1	371,36 €
Austausch	3096*	Aggregatwechsel	64,70	2,3	1	148,81 €
	3097*	Elektrodenaustausch	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Revision	3097*	Elektrodenrevision	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Entfernung	3096*	Aggregat- und/oder Elektrodenentfernung	64,70	2,3	1	148,81 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2.3 Medikamentenpumpe

OP	GOÄ	Leistungstext	Einfachsatz	STF	Anzahl	Betrag
Implantation von Elektrode(n) und Aggregat	305*	analog: Katheter Implantation	20,40	2,3	1	46,92 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
	2396*	analog: Implantation Medikamentenpumpe	52,46	2,3	1	120,65 €
Austausch	661*	analog: Stimulator Einstellung	30,89	1,8	1	93,84 €
	2396*	analog: Austausch Medikamentenpumpe	52,46	2,3	1	120,65 €
Revision	661*	analog: Stimulator Einstellung	30,89	1,8	1	93,84 €
	2396*	analog: Revision Medikamentenpumpe	52,46	2,3	1	120,65 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Entfernung	2396*	analog: Entfernung Medikamentenpumpe	52,46	2,3	1	120,65 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2.4 Tiefe Hirnstimulation¹ analoge Abrechnung

OP	GOÄ	Leistungstext	Einfachsatz	STF	Anzahl	Betrag
Implantation von Elektrode(n) und Aggregat	5378	CT für präoperatives Anlegen des Stereotaxierahmens	58,29	1,8	1	104,92 €
	5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	46,63	1,0	1	46,63 €
	2562	Fusion mit präoperativ gefertigten MRT Bildern zur Festlegung der Zielpunkte je Seite	131,15	2,3	2	603,29 €
	2561	stereotaktische Elektrodenplatzierung je Seite	269,29	2,3	2	1.238,73 €
	828*	Ableitung je Elektrode	35,26	2,3	2	162,20 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	2	187,68 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
	60	Konsil (Neurologie)	6,99	2,3	1	16,08 €
	3095*	Aggregatimplantation	161,46	2,3	1	371,36 €
Austausch	5370	postoperative Schädel-CT Kontrolle	116,57	1,8	1	209,83 €
	3096*	Aggregatwechsel	64,70	2,3	1	148,81 €
	3097*	Elektrodenwechsel	161,46	2,3	1	371,36 €
	828*	Ableitung je Elektrode	35,26	2,3	2	162,20 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	2	187,68 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Revision	5370	postoperative Schädel-CT Kontrolle	116,57	1,8	1	209,83 €
	3097*	Elektrodenrevision	161,46	2,3	1	371,36 €
	828*	Ableitung je Elektrode	35,26	2,3	2	162,20 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	2	187,68 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Entfernung	5370	postoperative Schädel-CT Kontrolle	116,57	1,8	1	209,83 €
	3096*	Aggregat- und/oder Elektrodenentfernung	64,70	2,3	1	148,81 €

¹ Die Operation Tiefe Hirnstimulation ist in der aktuellen GOÄ nicht explizit abgebildet. Aus diesem Grunde erfolgt eine analoge Abrechnung siehe auch GOÄ Ratgeber Deutsches Ärzteblatt vom 24.1.14 (Jg.111, Heft 4, S. A 138)

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

2.5 Sakrale Nervenstimulation, InterStim® Therapie analoge Abrechnung

OP	GOÄ	Leistungstext	Einfachsatz	STF	Anzahl	Betrag
Implantation von Elektrode(n) und Aggregat	2570	Implantation von Reizelektroden	262,29	2,3	1	603,27 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
	3095*	Aggregatimplantation	161,46	2,3	1	371,36 €
Austausch	3096*	Aggregatwechsel	64,70	2,3	1	148,81 €
	3097*	Elektrodenaustausch	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Revision	3097*	Elektrodenrevision	161,46	2,3	1	371,36 €
	839*	Stimulation je Elektrode	40,80	2,3	1	93,84 €
	5295	intraoperative Durchleuchtung	13,99	1,8	1	25,18 €
Entfernung	3096*	Aggregat- und/oder Elektrodenentfernung	64,70	2,3	1	148,81 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

3. ABRECHNUNGSBEISPIELE **AMBULANTE** VERSORGUNG

RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) ERSTIMPLANTATION IN ZWEI SITZUNGEN	RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) GENERATOR AUSTAUSCH	RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) FOLLOW-UP
RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) REVISIONEN	RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) ELEKTRODEN ENTFERNUNG	
RÜCKENMARK STIMULATION (SCS) EXPLANTATION EINES NEUROSTIMULATIONS SYSTEMS	MEDIKAMENTEN PUMPE ERSTIMPLANTATION IN EINER SITZUNG	MEDIKAMENTEN PUMPE ERSTIMPLANTATION IN ZWEI SITZUNGEN



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

MEDIKAMENTEN PUMPE AUSTAUSCH	MEDIKAMENTEN PUMPE SCHMERZ FOLLOW-UP	MEDIKAMENTEN PUMPE SPASTIK FOLLOW-UP
MEDIKAMENTEN PUMPE REVISIONEN	ENTFERNUNG KATHETER	ENTFERNUNG MEDIKAMENTEN PUMPE
TIEFE HIRNSTIMULATION FOLLOW-UP	INTERSTIM- THERAPIE FOLLOW-UP	WICHTIGE ABRECHNUNGS POSITIONEN



Die Beispiele sind in 3 Abrechnungsarten unterteilt

a) Privat versicherter Patient

Grundlagen der Abrechnung sind in der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) festgeschrieben.

§ 6 GOÄ (Gebühren für andere Leistungen)

(2) Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

b) Gesetzlich versicherter Patient

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

c) Berufsgenossenschaft

Grundlage der Abrechnung ist die UV-GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte - für die Abrechnung mit den Unfallversicherungsträgern).

Es können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nur nach Genehmigung der Berufsgenossenschaft möglich.

Herausgegeben von der DGUV

Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen (Arb. Hinweise Arztrechnungen).

*4. § 6 Abs. 2 der amtlichen (Privat-)GOÄ eröffnet dem Arzt die Möglichkeit, bei der Behandlung von Privatpatienten für Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis dieser GOÄ enthalten sind, eine in etwa entsprechende Gebühren-Nr. anzusetzen (Analogberechnung). Im ÄV oder in der UV-GOÄ ist eine derartige Analogberechnung durch den Arzt nicht vorgesehen. Nur durch ausdrücklichen Beschluss der Ständigen Gebührenkommission zu einer bestimmten Leistung wird eine Abrechnung im Bereich der UV-GOÄ zulässig. Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der jeweils geltenden UV-GOÄ nicht enthalten sind, können somit nicht berechnet werden. **Wenn der Arzt Leistungen abrechnen will, die in der UV-GOÄ nicht aufgeführt sind, muss er im Einzelfall zuvor die Einwilligung des UV-Trägers einholen.***



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

3.1 Rückenmarkstimulation (SCS) Erstimplantation in zwei Sitzungen

Abrechnungsmuster einer Implantation von epiduralen Stabelektroden und einem vollimplantierbaren Impulsgenerator in 2 Sitzungen

1. Sitzung Elektrodenimplantation in Lokalanästhesie mit anästhesiologischem Stand-by
2. Sitzung Generatorimplantation in Intubationsnarkose

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg			
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
	800	neurolog. Untersuchung	2,3	26,14 €
OP Elektroden	2570	Implantation v. Reizelektroden	2,3	603,27 €
		Besondere Kosten		15,03 €
	445	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	128,23 €
	491	Infiltrationsanästhesie gr. Bezirk	2,3	16,22 €
		Besondere Kosten		2,94 €
	5295	Durchleuchtung	1,8	25,18 €
	839*	analog Stimulation Elektrode	2,3	93,84 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
	33	Strukturierte Schulung (Stimulationsgerät)	2,3	40,22 €
	800	neurolog. Untersuchung	2,3	26,14 €
OP Generator	3095*	analog Generator-implantation	2,3	371,36 €
		Besondere Kosten		22,60 €
	445	Zuschlag f. amb. Operieren	1,0	128,23 €
	661*	analog Stimulation Elektrode	1,8	93,84 €
				1.683,01 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)			

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
3055*	analog: Stand by	2,3	74,27 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 €
261	Arzneimittelinbringung in par. Katheter z.B. 2 Ampullen Piritramid, Sultamicillin		8,50 €
		2,3	4,02 €
			2,40 €
			2,10 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	2,3	68,37 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	10,19 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	37,89 €
			34,97 €
			286,01 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
OP Elektroden OPS 5-039.34	31255	Implantation 1 Stabelektrode	508,01 €
	31800	Regionale Anästhesie	40,91 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
	31674	postoperative Behandlung	25,22 €
Zusatz Kode OPS 5-934.4		Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig	
OP Generator OPS 5-039.e1	31256	Implantation Mehrkanalgenerator	652,93 €
Zusatz Kode OPS 5-934.3		Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	
Tage nach OP	31676	postoperative Behandlung	31,82 €
	30740	Programmierung eines Stimulators	12,01 €
		7% Sachkostenpauschale	1.315,60 € 92,09 €
		zzgl. Implantatkosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)	1.407,69 €

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
05340	Stand by je 15min. 1 Std.	14,94 € 59,76 €
31826	Anästhesie	309,20 €
	7% Sachkostenpauschale	398,15 € 27,87 €
		426,02 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	19	Einleitung flankierender therapeut. Maßnahmen	
	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	25,77 €
	800	Neurologische Untersuchung	18,04 € 16,75 €
OP Elektroden	2570	Implantation von Reizelektroden	386,54 €
		Besondere Kosten	15,03 €
	445	Zuschlag für ambulantes Operieren	151,85 €
	491	Infiltrationsanästhesie	10,39 €
	5295 839*	Besondere Kosten Durchleuchtung analog Stimulation Elektrode	2,23 € 20,62 € 60,13 €
Tage nach OP	661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
	1	Beratung und Untersuchung	7,73 €
OP Generator	3095*	analog: Implantation Generator	237,93 €
		Besondere Kosten	22,60 €
	445	Zuschlag für amb. operieren	151,85 €
	119 661*	Ausführliche Auskunft analog: Stimulator Einstellung	20,68 € 45,53 €
			1.239,20 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfass. Untersuchung/Beratung	18,04 €
3055*	analog: Stand by	47,59 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
261	Arzneimittleinbring. in Katheter z.B. 2 Ampullen Piritramid, Sultamicillin	2,58 € 2,40 € 2,10 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
		236,95 €



3.2 Rückenmarkstimulation (SCS) Generatöraustausch

Abrechnungsmuster eines Generatöraustausches in Intubationsnarkose

a) Privat versicherter Patient (PKV)

z.B. Neurochirurg				
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
	800	neurolog. Untersuchung	2,3	26,14 €
OP Generator	3096*	analog Generatorwechsel	2,3	148,81 €
		Besondere Kosten		15,03 €
	444	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	75,77 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
				383,03 €
zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)				

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €
	Besondere Kosten		10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös	2,3	24,13 €
	z.B. E153		8,50 €
			207,72 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
OP Generator OPS 5-039.f1	31252	Wechsel Mehrkanalgenerator	244,16 €
Zusatz Kode OPS 5-934.3		Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
	30740	Programmier. eines Stimulators	12,01 €
		7% Sachkostenpauschale	299,36 € 20,96 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		320,32 €

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 ¹	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
	7% Sachkostenpauschale	165,23 € 11,57 €
		176,80 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6 800	Umfass. Untersuchung/Beratung Neurologische Untersuchung	18,04 € 16,75 €
OP Generator	3096*	analog: Wechsel Generator	95,35 €
		Besondere Kosten	15,03 €
	444	Zuschlag für amb. Operieren	151,85 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung Ausführliche	45,53 €
	119	Auskunft	20,68 €
			363,23 €
		zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)	

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
		173,78 €

3.3 Rückenmarkstimulation (SCS) Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

a) Privat versicherter Patient (PKV)

Neurochirurg und alle Fachgebiete		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
800	neurolog. Untersuchung	2,3	26,14 €
661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
			113,92 €

* Siehe Anmerkung S.5

ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Neurochirurg / Neurologe		Betrag	
EBM	Leistungsbezeichnung		
<i>oder</i>	01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurologisches Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
	30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,01 €
		38,96 €	

¹1x im Quartal

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
<i>oder</i>	01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
	05211 ¹	Grundpauschale Anästhesie (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	10,12 €
	30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,01 €
			29,22 €

¹ 1x im Quartal

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		Besondere Heilbe- handlung Spalte 3
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	
	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
	800	Neurologische Untersuchung	16,75 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
	110	Auskunft Behandlung	8,04 €
			88,36 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

3.4 Rückenmarkstimulation (SCS) Revisionen

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg			
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP Revision	3097*	analog: Elektroden- und/oder Generatorrevision Besondere Kosten	2,3 ¹	371,36 € 22,60 €
	445	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	128,23 €
	839*	analog: Stimulation Elektrode	2,3	93,84 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
				765,24 €

Anästhesist				
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag	
1	Beratung	2,3	10,72 €	
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €	
462	Kombinationsnarkose bis 1h Besondere Kosten	2,3	68,37 € 10,19 €	
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €	
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €	
272	Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 € 8,50 €	
				207,72 €

¹Steigerungsfaktor evtl. anpassen (max. 3,5) bei mehreren oder Plattenelektroden, da höherer zeitlicher Aufwand

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Die Therapien sind nicht im EBM und AOP enthalten.

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	3097*	analog: Elektroden -und/oder Generatorrevision	237,93 €
	445	Besondere Kosten	22,60 €
	839*	Zuschlag für amb. Operieren	151,85 €
		analog: Stimulator Einstellung	60,13 €
			490,55 €

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Besondere Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std.	43,81 €
	Besondere Kosten	10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös	15,46 €
	z.B. E153	8,50 €
		173,78 €

3.5 Rückenmarkstimulation (SCS) Elektrodenentfernung

Abrechnungsmuster von Elektrodenentfernungen

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg		STF	Betrag
	GOÄ	Leistungsbezeichnung		
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP Elektrodenentfernung	3096*	analog: Elektrodenentfernung	2,3 ¹	148,81 €
	444	Besondere Kosten Zuschlag für amb. Operieren	1,0	15,66 € 75,77 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				340,78 €

Anästhesist				
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €	
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €	
	Besondere Kosten		10,19 €	
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €	
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €	
272	Infusion, intravenös	2,3	24,13 €	
	z.B. E153		8,50 €	
				207,72 €

¹ Steigerungsfaktor evtl. anpassen (max. 3,5) bei mehreren oder Plattenelektroden, da höherer zeitlicher Aufwand. * Siehe Anmerkung S.5

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg	24,68 €
OP OPS 5-039.a5	31252	Elektrodenentfernung - 2 Plattenelekt.	244,16 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
			287,89 €
		7% Sachkostenpauschale	20,15 €
			308,04 €

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
31504	Überwachungskomplex	80,41 €
		245,64 €
	7% Sachkostenpauschale	17,19 €
		262,83 €

¹ 1x im Quartal



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

Die Elektrodenentfernungen gemäß OPS Kode:

	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
5-039.a2	31251	Elektrodenentfernung 1 Stabelektrode	186,04 €
5-039.a3	31252	Elektrodenentfernung 2 Stabelektroden	244,16 €
5-039.a4	31251	Elektrodenentfernung 1 Plattenelektrode	186,04 €

sind nicht im Katalog ambulantes Operieren gem. § 115b SGB V enthalten. Die Abrechnung dieser Leistung ist im EBM berücksichtigt und somit für niedergelassene Vertragsärzte abrechenbar.

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg			Anästhesist		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklär. vor OP	6	Umfass. Untersuchung / Beratung	18,04 €	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	3096*	analog: Elektrodenentfernung Besondere Kosten	95,35 € 15,03 €	462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
	444	Zuschlag für ambulantes Operieren	89,73 €	447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
				448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
				272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
			218,15 €			173,78 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.6 Rückenmarkstimulation (SCS) Explantation eines Neurostimulationssystems

Abrechnungsmuster Entfernung eines Neurostimulationssystems

a) Privat versicherter Patient (PKV)

		z.B. Neurochirurg		
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	3096*	analog: Entfernung eines Neurostimulationssystems	2,3	148,81 €
	444	Besondere Kosten Zuschlag für amb. Operieren	1,0	15,66 € 75,77 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				340,78 €

* Siehe Anmerkung S.5

		Anästhesist		
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	7	Beratung	2,3	10,72 €
		Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462		Kombinationsnarkose bis 1h Besondere Kosten	2,3	68,37 € 10,19 €
447		Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448		Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272		Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 € 8,50 €
				207,72 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg	24,68 €
OP OPS 5-039.d	31254 34280	Entfernung Neurostimulator Durchleuchtung	389,40 € 10,28 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	433,13 € 30,32 €
			463,45 €

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31824	Anästhesie	197,84 €
	7% Sachkostenpauschale	227,03 € 15,89 €
		242,92 €

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	3096* 444	analog: Entfernung Stimulationssystem Besondere Kosten Zuschlag für ambulantes Operieren	95,35 € 15,03 € 89,73 €
			218,15 €

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
		173,78 €



3.7 Medikamentenpumpe, Erstimplantation in einer Sitzung

Abrechnungsmuster Implantation einer Medikamentenpumpe und eines Katheters in Intubationsnarkose in einer Sitzung

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg			
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	305*	analog: Katheter Implantation	2,3	46,92 €
	2396*	analog: Implantation Medikamentenpumpe	2,3	120,65 €
		Besondere Kosten		15,66 €
	444	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	75,77 €
	5295	Durchleuchtung	1,8	25,18 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				440,33 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)			

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €
	Besondere Kosten		10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös	2,3	24,13 €
	z.B. E153		8,50 €
			207,72 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
OP OPS 5-038.21 OPS 5-038.41	31252	Implantation Medikamentenpumpe	244,16 €
	31258	Zuschlag Simultan-Eingriff	61,26 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
	30740	Auffüllung Medikamentenpumpe	12,01 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	370,90 € 25,96 €
			396,86 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 ¹	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
31504	Überwachungskomplex	80,41 €
	7% Sachkostenpauschale	245,64 € 17,19 €
		262,83 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	19	Einleitung flankierender therapeut. Maßnahmen	25,77 €
	6	Umfass. Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	305*	analog: Katheter Implantation	30,06 €
	2396*	analog: Implantation Medikamentenpumpe	77,31 €
		Besondere Kosten	15,66 €
	444	Zuschlag für ambulantes Operieren	151,85 €
	5295	Durchleuchtung	20,62 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
Tage nach OP	1	Untersuchung/Beratung	7,73 €
	119	Ausführliche Auskunft	20,68 €
			418,48 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std.	43,81 €
	Besondere Kosten	10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös	15,46 €
	z.B. E153	8,50 €
		173,78 €



3.8 Medikamentenpumpe, Erstimplantation in zwei Sitzungen

Abrechnungsmuster Implantation einer Medikamentenpumpe und eines Katheters in Intubationsnarkose in zwei Sitzungen

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg			
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP Katheter	305*	analog: Katheter Implantation	2,3	46,92 €
	491	Infiltrationsanästhesie	2,3	16,22 €
		Besondere Kosten		2,23 €
OP Pumpe	2396*	analog: Implantation Medikamentenpumpe	2,3	120,65 €
		Besondere Kosten		15,66 €
	444	Zuschlag f. amb. Operieren	1,0	75,77 €
	5295	Durchleuchtung	1,8	25,18 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				456,55 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)			

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €
	Besondere Kosten		10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 €
			8,50 €
			207,72 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
1. Sitzung OPS 5-038.21	31252	Implantation Katheter	244,16 €
	31800	Lokalanästhesie	40,91 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
2. Sitzung OPS 5-038.41	31252	Implantation Medikamentenpumpe	244,16 €
	30740	Auffüllung einer Medikamentenpumpe	12,01 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	594,71 € 41,63 €
			636,34 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 ¹	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
31504	Überwachungskomplex	80,41 €
	7% Sachkostenpauschale	245,64 € 17,19 €
		262,83 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV- GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heil- behandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	19	Einleitung flankierender therapeut. Maßnahmen Umfassende Untersuchung / Beratung	25,77 €
	6		18,04 €
OP Katheter	305*	analog: Katheter Implantation Infiltrationsanästhesie Besondere Kosten analog: Stimulator Einstellung	30,06 €
	491		10,39 €
	661*		2,23 €
OP Pumpe	2396*	analog: Implantation Medikamentenpumpe Besondere Kosten Zuschlag für ambulantes Operieren Durchleuchtung analog: Stimulator Einstellung	77,31 €
	444		15,66 €
	5295		151,85 €
	661*		20,62 €
			45,53 €
Tage nach OP	1	Untersuchung/Beratung Verband Besondere Kosten Ausführliche Auskunft	7,73 €
	200		4,04 €
	119		1,36 €
			20,68 €
			451,03 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV- GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heil- behandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
		173,78 €



3.9 Medikamentenpumpe Austausch

Abrechnungsmuster Austausch einer Medikamentenpumpe in Intubationsnarkose

a) Privat versicherter Patient (PKV)

z.B. Neurochirurg				
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	2396*	analog: Austausch Medikamentenpumpe	2,3	120,65 €
		Besondere Kosten		15,66 €
	444	Zuschlag f. amb. Operieren	1,0	75,77 €
	5295	Durchleuchtung	1,8	25,18 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				393,41 €
zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)				

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €
	Besondere Kosten		10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 €
			8,50 €
			207,72 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
OP OPS 5-038.41	31252	Austausch Medikamentenpumpe	244,16 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
	30740	Auffüllung einer Medikamentenpumpe	12,01 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	309,64 € 21,67 €
			331,31 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 ¹	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
31504	Überwachungskomplex	80,41 €
	7% Sachkostenpauschale	245,64 € 17,19 €
		262,83 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP Austausch	2396*	analog: Austausch Medikamentenpumpe	77,31 €
		Besondere Kosten	15,66 €
	444	Zuschlag für ambulantes Operieren	89,73 €
	5295	Durchleuchtung	20,62 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
Tage nach OP	1	Untersuchung/Beratung	7,73 €
	200	Verband	4,04 €
		Besondere Kosten	1,36 €
	119	Ausführliche Auskunft	20,68 €
			300,70 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std.	43,81 €
	Besondere Kosten	10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös	15,46 €
	z.B. E153	8,50 €
		173,78 €



3.10 Medikamentenpumpe Schmerz Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

a) Privat versicherter Patient (PKV)

z.B. Neurochirurg alle Fachgebiete		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	10,72 €
A3211*	analog: Pumpenauffüllung	2,3	16,09 €
			37,53 €

* Siehe Anmerkung S.5

ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	24,68 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,01 €
		38,96 €

¹ 1x im Quartal

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

oder	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
	01321 ¹ 05211 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt Grundpauschale Anästhesist (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	17,21 €
	30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	10,12 € 12,01 €
			29,22 €

¹ 1x im Quartal

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		Bes. Heilbehandlung Spalte 3
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	
	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
	3211*	analog: Pumpenauffüllung	10,31 €
	110	Auskunft Behandlung	8,04 €
			36,39 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.11 Medikamentenpumpe Spastik Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

a) Privat versicherter Patient (PKV)

Neurochirurg und alle Fachgebiete		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	10,72 €
A3211*	analog: Pumpenauffüllung	2,3	16,09 €
			37,53 €

* Siehe Anmerkung S.5

ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	24,68 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,13 €
01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	54,33 €
01511	> 4 Std.	103,36 €
		47,08 €

¹ 1x im Quartal

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
oder	01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
	05211 ¹	Grundpauschale Anästhesist (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	10,12 €
	30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,13 €
	01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	54,33 €
	01511	> 4 Std.	103,36 €
			37,34 €

¹ 1x im Quartal

bc) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	Neurologe		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
oder	16211 ¹	Grundpauschale Facharzt Neurologie (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	24,68 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
	16231	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung des ZNS / PNS in Alten- / Pflegeheimen	22,62 €
	30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,13 €
	01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	54,33 €
	01511	> 4 Std.	103,36 €
			77,17 €

¹ 1x im Quartal

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		Bes. Heilbehandlung Spalte 3
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	
oder	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
	3211*	analog: Pumpenauffüllung	10,31 €
	110	Auskunft Behandlung	8,04 €
			36,39 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.12 Medikamentenpumpe Revisionen

a) Privat versicherter Patient (PKV)

		z.B. Neurochirurg		
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	2396*	analog: Revision Medikamentenpumpe Besondere Kosten	2,3	120,65 €
	444	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	15,66 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	75,77 € 55,61 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72
	5	Untersuchung	2,3	10,72
	75	Bericht	2,3	17,43
				368,23 €

* Siehe Anmerkung S.5

		Anästhesist		
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	7	Beratung	2,3	10,72 €
		Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	447	Kombinationsnarkose bis 1h Besondere Kosten	2,3	68,37 € 10,19 €
		Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
		Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
		Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 € 8,50 €
				207,72 €

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-ÖÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Die Therapien sind nicht im EBM und AOP enthalten.

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg			Anästhesist		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	2396*	analog: Revision Medikamentenpumpe	77,31 €	462	Kombinationsnarkose bis 1 Std.	43,81 €
		Besondere Kosten	15,66 €		Besondere Kosten	10,19 €
	444	Zuschlag für ambulantes Operieren	89,73 €	447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
	661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €	448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
				272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
			246,27 €			173,78 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.13 Entfernung Katheter

Abrechnungsmuster von Katheterentfernungen

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg		STF	Betrag
	GOÄ	Leistungsbezeichnung		
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	2396*	analog: Entfernung Katheter	2,3	120,65 €
	444	Besondere Kosten Zuschlag für amb. Operieren	1,0	15,66 € 75,77 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72
	5	Untersuchung	2,3	10,72
	75	Bericht	2,3	17,43
				312,62 €

* Siehe Anmerkung S.5

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg	24,68 €
OP OPS 5-038.b	31251	Entfernung Katheter	186,04 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	229,77 € 16,08 €
			245,85 €

¹ 1x im Quartal

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h	2,3	68,37 €
	Besondere Kosten		10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös	2,3	24,13 €
	z.B. E153		8,50 €
			207,72 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

Die Katheterentfernung gemäß OPS-Kode:

	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
5-038.b	31251	Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion	186,04 €

ist nicht im Katalog ambulantes Operieren gem. § 115b SGB V enthalten. Die Abrechnung dieser Leistung ist im EBM berücksichtigt und somit für niedergelassene Vertragsärzte abrechenbar.

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg			Anästhesist		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heil- behandlung Spalte 3	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heil- behandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	2396*	analog: Katheter	95,35 €	462	Kombinationsnarkose bis 1 Std.	43,81 €
	444	Besondere Kosten Zuschlag für ambulantes Operieren	15,66 € 89,73 €	447	Besondere Kosten Zuschlag für ambulantes Operieren	10,19 € 44,87 €
				448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
				272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
			200,74 €			173,78 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

3.14 Entfernung Medikamentenpumpe

Abrechnungsmuster Entfernung Medikamentenpumpe

a) Privat versicherter Patient (PKV)

	z.B. Neurochirurg		STF	Betrag
	GOÄ	Leistungsbezeichnung		
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	2396*	analog: Entfernung Medikamentenpumpe Besondere Kosten	2,3	120,65 € 15,66 €
	444	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	75,77 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72
	5	Untersuchung	2,3	10,72
	75	Bericht	2,3	17,43
				312,62 €

* Siehe Anmerkung S.5

Anästhesist		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h Besondere Kosten	2,3	68,37 € 10,19 €
447	Zuschlag für amb. Operieren	1,0	37,89 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	34,97 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	2,3	24,13 € 8,50 €
			207,72 €

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
Aufklärung vor OP	16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg	24,68 €
OP OPS 5-038.d	31251	Entfernung Medikamentenpumpe	244,16 €
	34280	Durchleuchtung	10,28 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,77 €
		7% Sachkostenpauschale	287,89 € 20,15 €
			308,04 €

¹ 1x im Quartal

Anästhesist		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
05211	Grundpauschale Anästhesie	10,12 €
05310	präoperative Untersuchung	19,07 €
31822	Anästhesie	136,04 €
31504	Überwachungskomplex	80,41 €
	7% Sachkostenpauschale	245,64 € 17,19 €
		262,83 €



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

	z.B. Neurochirurg		
	UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
Aufklärung vor OP	6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
OP	2396*	analog: Entfernung Medikamentenpumpe Besondere Kosten	95,35 € 15,03 €
	444	Zuschlag für ambulantes Operieren	89,73 €
			218,15 €

Anästhesist		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
462	Kombinationsnarkose bis 1 Std. Besondere Kosten	43,81 € 10,19 €
447	Zuschlag für ambulantes Operieren	44,87 €
448	Beobachtung / Betreuung	41,41 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153	15,46 € 8,50 €
		173,78 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.15 Tiefe Hirnstimulation Follow-Up

Die Erstimplantation und der Generator-Austausch zur Tiefen Hirnstimulation erfolgen medizinisch notwendig mittels stationärer Leistungserbringung. Eine Abbildung in den ambulanten Leistungskatalogen ist daher nicht vorhanden.

Follow Up Tiefe Hirnstimulation

Gegenwärtig gibt es keine explizite EBM Ziffer für die Generatorprogrammierung zur Stimulation.

a) Privat versicherter Patient (PKV)

Neurochirurg und alle Fachgebiete		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
800	neurologische Untersuchung	2,3	26,14 €
661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
			113,92 €

* Siehe Anmerkung S.5

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
16211 ¹	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	24,68 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,74 €
oder		26,95 €

¹ 1x im Quartal

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

z.B. Neurochirurg		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
800	Neurologische Untersuchung	16,75 €
661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
110	Auskunft Behandlung	8,04 €
		88,36 €

* Siehe Anmerkung S.5



3.16 Interstim-Therapie Follow-Up

Sakrale Nervenstimulation InterStim®-Therapie

Die Erstimplantation und der Generator Austausch zur InterStim®-Therapie erfolgen mittels stationärer Leistungserbringung. Eine Abbildung in den ambulanten Leistungskatalogen ist daher nicht vorhanden.

Follow Up InterStim®-Therapie

Gegenwärtig gibt es keine explizite EBM Ziffer für die Generatorprogrammierung zur Stimulation.

a) Privat versicherter Patient (PKV)

Chirurg, Gynäkologe, Urologe alle Fachgebiete		STF	Betrag
GOÄ	Leistungsbezeichnung		
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
661*	analog: Stimulator Einstellung	1,8	55,61 €
			87,78 €

* Siehe Anmerkung S.5

b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Chirurg, Gynäkologe, Urologe		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 ¹	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,21 €
07211 ¹	Grundpauschale Chirurgie/Proktologe(Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	23,92 €
08211 ¹	Grundpauschale Gynäkologie Patienten im Alter von 6 bis 59	15,69 €
26211 ¹	Grundpauschale Urologie Patienten im Alter von 6 bis 59	17,97 €

¹ 1x im Quartal



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

Chirurg, Gynäkologe, Urologe		
UV-GOÄ	Leistungsbezeichnung	Bes. Heilbehandlung Spalte 3
6	Umfassende Untersuchung / Beratung	18,04 €
661*	analog: Stimulator Einstellung	45,53 €
110	Auskunft Behandlung	8,04 €
		71,61 €

* Siehe Anmerkung S.5



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

3.17 Wichtige Abrechnungspositionen

Leistungen, die von neurochirurgischen Vertragsärzten oder Krankenhausärzten mit entsprechender Ermächtigung abgerechnet werden können.		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
16222 ¹	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16 220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	12,23 €
16232 ¹	Diagnostik und Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, mind. 2 Patientenkontakte	16,23 €
16230 ¹⁴	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung d. ZNS / PNS in häusl.Umgebung, mind. 2 Patientenkontakte	40,58 €
16231 ¹⁴	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung des ZNS / PNS in Alten- / Pflegeheimen	22,62 €
16233 ¹⁴	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	32,36 €
Schmerztherapeutische Leistungen für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist		
30700 ¹²³	Grundpauschale Schmerztherapie	34,63 €
30702	Zusatzpauschale zur schmerztherapeutischen Behandlung	53,79 €
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	6,49 €
30708	Beratung und Erörterung im Rahmen der Schmerztherapie, mindestens 10 Minuten, je 10 Minuten	12,77 €

1 1x im Quartal

2 nicht neben anderen Grundpauschalen

3 Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30 700 und/oder 30 702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

4 Nicht nebeneinander abrechenbar



4. SACHKOSTEN ABRECHNUNG

**AMB.
OPERIEREN**
§115B SGB V

SACHKOSTEN
BEI VERTRAGSÄRZTLICHER
LEISTUNGSERBRINGUNG

SACHKOSTEN
BEI PRIVATÄRZTLICHER
LEISTUNGSERBRINGUNG

HINWEIS
SACHKOSTEN
ÜBERNAHME
ANTRAG

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

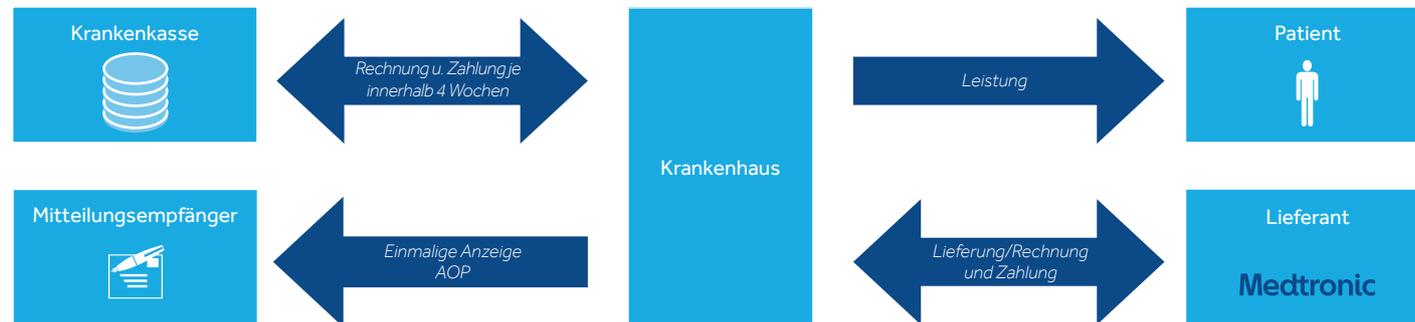


4.1 Amb. Operieren §115b SGB V

Wichtiger Hinweis: Gilt nur für GKV-Patienten, nicht für PKV- und BG Patienten!

Die Abrechnung der Sachkosten bei der ambulanten Leistungserbringung durch das zugelassene Krankenhaus erfolgt gem. §9 AOP Vertrag vom Medizinproduktehersteller an das Krankenhaus, welches die Rechnung unter Abzug des Selbstbehaltes von 12,50 € an die betreffende Krankenkasse berechnet.

Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus - Beziehungsverhältnisse



Auszug AOP-Vetrag

§ 9 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

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

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

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ und E-GO sind berechnungsfähig.

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

- im Körper verbleibende Implantate in Summe,
- Röntgenkontrastmittel,
- Nahtmaterial,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang m. laparoskopischen Leistungen,
- Narkosegase, Sauerstoff,



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

- Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils,
- Iris-Reraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Schienen, Kompressionsstrümpfe
- (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller beziehungsweise Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

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

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

Hinweis des Implantatherstellers

Bei den von Medtronic hergestellten und vertriebenen Neuromodulationssystemen handelt es sich gemäß Konformitätserklärung um zugelassene Behandlungssysteme, deren Zertifizierung das für die Funktionsfähigkeit essentielle Systemzubehör wie beispielsweise Patientenprogrammiergeräte oder Ladegeräte beinhaltet. Dieses Zubehör ist ebenso als AIMD (Active Implantable Medical Device) klassifiziert, da es zum Funktionserhalt untrennbar mit dem Implantat verbunden ist. Dieses für den Betrieb der Neuromodulationssysteme zwingend notwendige Zubehör wird als Systembestandteil leistungs- und abrechnungstechnisch dem Implantatsystem zugeordnet.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

4.2 Sachkosten bei vertragsärztlicher Leistungserbringung

Die von Medtronic hergestellten und vertriebenen vollimplantierbaren Medizinprodukte zu Neuromodulationstherapien sind nach dem Gesetz über Medizinprodukte (MPG) auf Grundlage der Richtlinie zur Angleichung der Rechtsvorschriften der EG-Mitgliedstaaten über aktive implantierbare medizinische Geräte (90/385/EWG) als Geräte der Klasse III gemäß Richtlinie über Medizinprodukte (93/42/EWG) klassifiziert.

Auf Basis der Leistungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der Prozeduren des Operationsschlüssels gemäß § 301 Sozialgesetzbuch (SGB) V sind sie Bestandteile des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Versorgungssektor.

Gemäß jeweils gleichlautendem Absatz 5 des § 44 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 13 Arzt-Ersatzkassen-Vertrag (EKV) werden die Kosten für Materialien, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 7.3 des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können – sogenannte „Sachkosten“ – , gesondert abgerechnet. Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus und hat als rechnungsbegründende Unterlagen die Originalrechnung bei der rechnungsbegleichenden Stelle zur Prüfung einzureichen.

Bei diesem Vorgehen begleicht der Vertragsarzt die Rechnung des Implantatsystem-Lieferanten und rechnet sein Honorar zuzüglich der verauslagten Sachkosten quartalsweise mit seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Bei der Beurteilung des Abrechnungsweges sind die regionalen Vorgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu beachten. Bei der erstmaligen Leistungsaufnahme ist eine außerordentliche Erhöhung der Implantatekosten in zu erwartendem Umfang bis zu dem Zeitpunkt einer automatischen Berücksichtigung in der Vorauszahlungskalkulation anzufragen. Wegen der verzögerten Erstattung könnten innerhalb der ersten zwei Quartale nach Leistungsaufnahme auf Seiten des Vertragsarztes Finanzierungskosten anfallen. Bitte informieren Sie sich auch bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Darüber hinaus werden die eingereichten Sachkosten i.d.R. nicht mit einem Verwaltungskostenabschlag belegt und sind auch nicht in der Gesamtvergütung enthalten (Ausnahme zum Stand der Drucklegung: KV Niedersachsen).

Alternativ kann der Vertragsarzt bei fehlender Bestimmung der rechnungsbegleichenden Stelle durch vertragliche Vereinbarung zwischen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung und den entsprechenden Landesverbänden den gesetzlichen Krankenkassen auch die Originalrechnung mit einer Abtretungserklärung direkt an die Krankenkasse des Patienten zur Erstattung der Implantatkosten direkt an den Medizinproduktehersteller weiterleiten. Der Vertragsarzt bestätigt die tatsächlich realisierten Preise auf dem Formular und beauftragt die Krankenkasse mit der Abwicklung der Zahlung der Rechnung des Implantatsystem-Lieferanten. Die Krankenkasse des Patienten überweist den Rechnungsbetrag dann direkt an den Medizinprodukte-Lieferanten (weitere Informationen zur „Sachkostenabrechnung von Medizinprodukten in der vertragsärztlichen Versorgung“ erhalten Sie im Downloadbereich des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) unter www.bvmed.de).

Bei diesem Vorgehen gleicht die Krankenkasse des Versicherten die Rechnung des Implantatsystem-Lieferanten direkt aus, während der Vertragsarzt sein Honorar quartalsweise gegenüber seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung berechnet. Auf diese Weise fallen beim Vertragsarzt ebenso keine Finanzierungskosten und kein Verwaltungskostenabzug auch auf die Sachkosten an. Allerdings erwartet die Finanzabteilung der Krankenkasse zur Zahlungsgenehmigung der Rechnung regelmäßig eine vorher erklärte Kostenübernahmeerklärung der eigenen Leistungsabteilung.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

Gesetzliche Grundlagen - Auszug -

Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä)

§ 44 Sonstige Abrechnungsregelungen

(6) Die Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert abgerechnet. Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Die rechnungsbe gründenden Unterlagen, wie z. B. die Originalrechnungen, sind bei der rechnungsbegleichenden Stelle einzureichen. Die Bestimmung der rechnungsbegleichen- den Stelle ist durch die Partner der Gesamtverträge zu regeln. Die einzureichenden Unterlagen müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:

- Name des Herstellers
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
- Versichertennummer des Patienten, im Rahmen dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden.

Über die Notwendigkeit weiterer für die Prüfung der Abrechnung erforderlicher Angaben (z. B. die GOP der erbrachten Leistungen, den ICD, den OPS und das Datum der Leistungserbringung) entscheidet die rechnungsbegleichende Stelle. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rück- vergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben. Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle. Die Partner der Gesamtverträge können abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.

Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

§ 13 Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche

(5) Die Kosten für Materialien, die gemäß A. I. 4. Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert abgerechnet.

Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

Der Vertragsarzt hat als rechnungsbegründende Unterlagen die Originalrechnungen bei der rechnungsbegleichenden Stelle, die durch die Partner des Gesamtvertrages bestimmt wird, zur Prüfung einzureichen. Aus den eingereichten Rechnungen muß der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen.

Der Vertragsarzt 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 weiterzugeben.

Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

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



4.3 Sachkosten bei privatärztlicher Leistungserbringung

Bei privat krankenversicherten Patienten ist bei ambulanter Leistungserbringung ein Sachkostenübernahmeantrag nötig, weil es sich bei der voll-privaten Krankenversicherung im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung immer um individuellen Versicherungsschutz und -umfang handelt.

Gebührenordnung für Ärzte

§ 10 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig. Die Berechnung kann nach Einzelposten oder im Krankenhaus gem. besondere Kosten Spalte 4 DKG-NT erfolgen.

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

4.4 Hinweis Sachkostenübernahmeantrag

Testphase

Eine Beschränkung des Sachkostenübernahmeantrages auf die Testphase ist unnötig, da eine negative Testphase zwingend zum Abbruch der angestrebten Therapiemaßnahme führt. Nach positivem Abschluss der Testphase jedoch sollte unverzüglich die systemvervollständigende Implantation durchgeführt werden, um das therapeutisch wirksame System möglichst schnell ohne Einschränkung nutzen zu können. Dies sollte gemeinsames Interesse vom Patienten über den behandelnden Arzt bis hin zur Krankenkasse sein. Jede weitere Verzögerung ist u.U. gefährlich, denn Elektrode bzw. Katheter liegen hinter dem Rückenmark mit unmittelbarem Zugang von außen durch die perkutane Ausleitung. Jede Infektion kann sich auf dieser „Schiene“ ungehindert bis in diese Körperregion ausbreiten und damit nicht nur zum Abbruch der therapeutisch wirksamen Maßnahme führen, sondern darüber hinaus den Patienten u.U. in höchstem Maße gefährden, und ggf. neue Therapiemaßnahmen und Kosten verursachen. Eine Beschränkung der Sachkostenübernahmeerklärung auf die Testphase ist aus den vorgenannten Gründen nicht empfehlenswert.

Rezept

Die Abrechnung über eine Verordnung ohne vorherige Sachkostenübernahmeerklärung seitens der Krankenversicherung ist bei ambulanter Leistungserbringung im zugelassenen Krankenhaus nach § 115 b SGB V im gesamten Bundesgebiet möglich. Bei ambulanter Leistungserbringung des niedergelassenen Vertragsarztes sowie des persönlich ermächtigten Krankenhausarztes und der Implantation von Vollimplantaten ist die Abrechnung über eine Verordnung ohne vorherige Sachkostenübernahmeerklärung seitens der Krankenversicherung nur in der Region der KV-Nordrhein möglich. Darüber hinaus sind regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

GLOSSAR

Auslagen § 10 GOÄ

Ersatz von Auslagen, berechenbar neben der ärztlichen Leistung bei der ambulanten Behandlung. Arzneimittel, Verbandsmittel und sonstige Materialien (in der Regel ab 1,50 €), die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.

Analog zu den Auslagen gibt es die Abrechnungsmöglichkeit über:

Besondere Kosten DKG-NT

Spalte 4 DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Nebenkostentarif)
Ambulante Privatpatienten

Besondere Kosten BG-NT

Spalte 4 gemäß UV-GOÄ Nebenkostentarif
BG-Patienten

Besondere Heilbehandlung

Spalte 3 UV-GOÄ
kann nur durch Durchgangsärzte, H-Ärzte eingeleitet werden.

STF (Steigerungsfaktor)

Bei ärztlichen Leistungen (z.B. Beratung): 1,0 - 3,5 (Schwellenwert = 2,3)
Bei einem Steigerungsfaktor über 2,3 ist eine Begründung erforderlich.

Bei technischen Leistungen (z.B. Röntgen): 1,0 - 2,5 (Schwellenwert = 1,8)
Bei einem Steigerungsfaktor über 1,8 ist eine Begründung erforderlich.

Bei Laborleistungen: 1,0 - 1,3 (Schwellenwert = 1,15)
Bei einem Steigerungsfaktor über 1,15 ist eine Begründung erforderlich.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

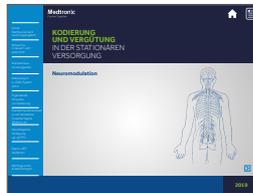
Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung



Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Stuhlinkontinenz



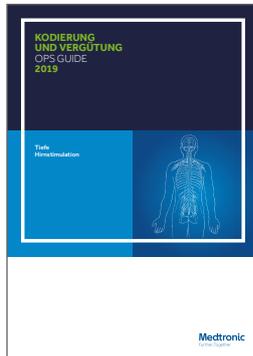
Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Harninkontinenz und Retention



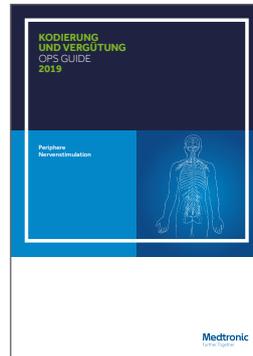
Implantierbares Magenstimulationssystem Enterra® zur Behandlung der Symptome der Gastroparese



Neurovascular



OPS Guide
Tiefe Hirnstimulation



OPS Guide
Periphere
Nervenstimulation



OPS Guide
Rückenmarkstimulation
Implantierbare
Medikamentenpumpen



Behandlungspfade zur
Neuromodulation
Informationen zur
Leistungsplanung

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: www.medtronic-reimbursement.de

Die OPS Guides können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: rs.dusreimbursement@medtronic.com





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Quelle der
analogen G-OÄ
Bewertungen

Abrechnungs-
beispiele
stationäre
privatärztliche
OP-Leistungen

Abrechnungs-
beispiele
ambulante
Versorgung

Sachkosten-
abrechnung

Glossar

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 02/2019

Rechtlicher Hinweis

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