



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

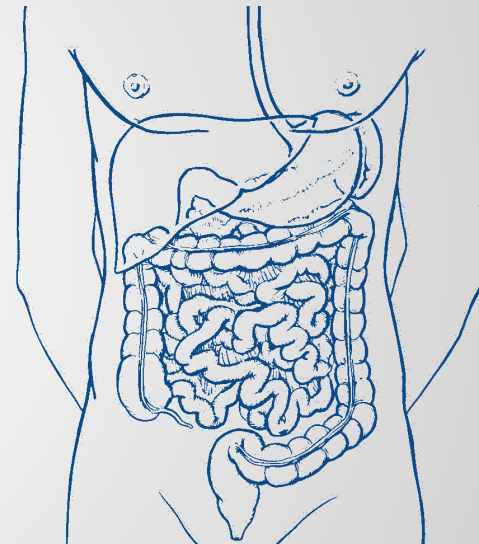
Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Synthetische und biologische Netze Hernienchirurgie



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

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 Pro-
dukten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MDK und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
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

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

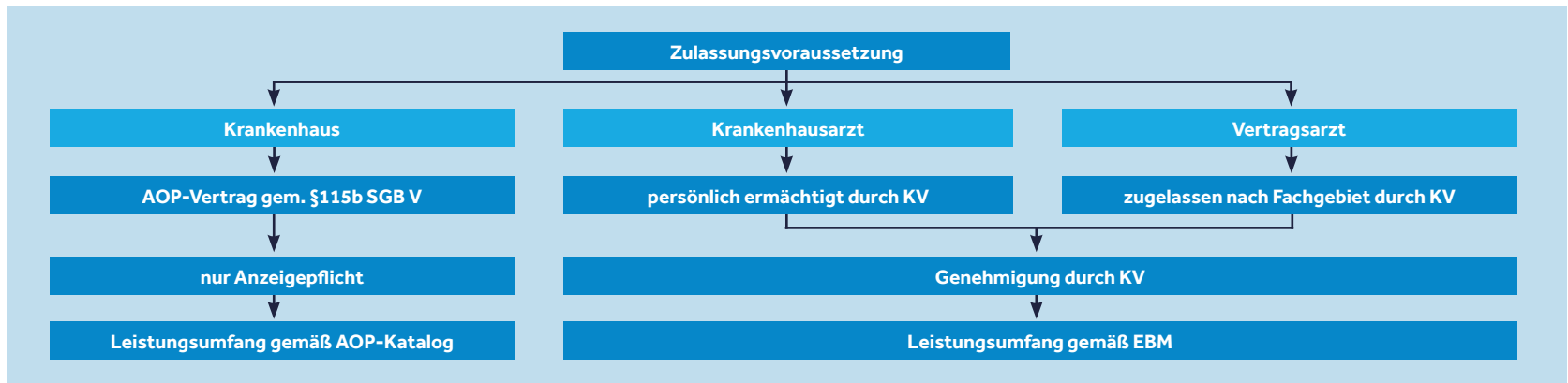
Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

Welche Leistungen können sofort ambulant erbracht werden?

Grundsätzlich hat jeder Krankenhausarzt gem. § 39 SGB V vor Behandlungsbeginn zu prüfen, ob die für erforderlich gehaltenen therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten nicht auch ambulant erbracht werden können. Da die Implantatetechnik und die OP-Technik ambulante Operationen erlauben, ist es von beabsichtigter Therapie und Gesundheitszustand des Patienten abhängig, ob diese Leistungen ambulant erbracht werden können.

Zulassungen





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Formulare können abgerufen werden unter:

https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/index.html

Zulassung ermächtigter Krankenhausarzt

Ein im Krankenhaus angestellter Arzt kann auf seinen Antrag an den Zulassungsausschuss bei der KV persönlich ermächtigt werden, seine persönlich erbrachte Leistung gemäß EBM/E-GO abzurechnen. Dazu muss er die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen.

Zulassung Vertragsarzt

Der Vertragsarzt muss die angestrebten Leistungen nach EBM beim Zulassungsausschuss der zuständigen KV beantragen. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab.

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.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

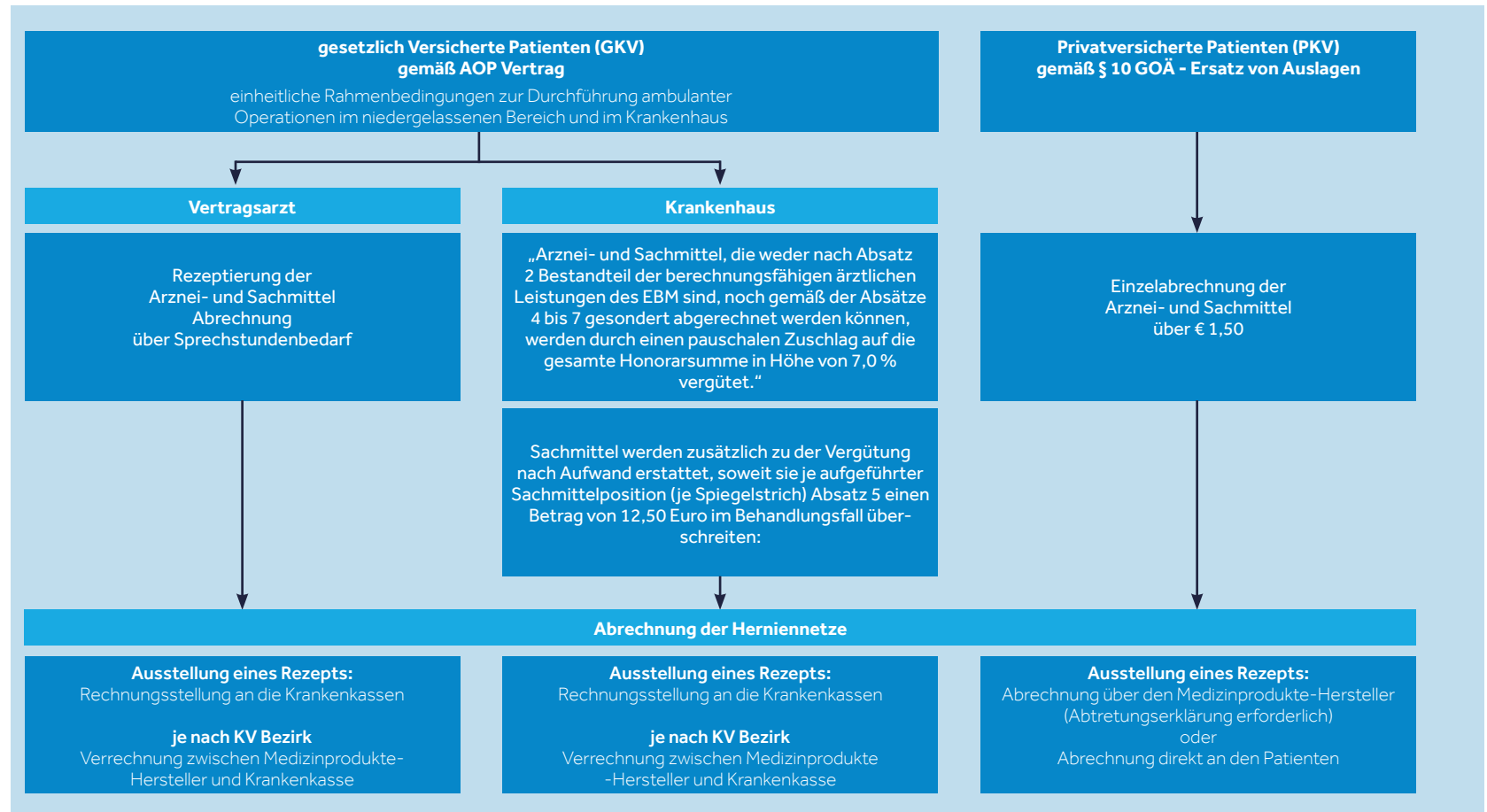
Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Sachkostenabrechnung Hernienchirurgie





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Gesetzliche Grundlagen

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP Vertrag)

Einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus. Zuletzt aktualisiert zum 08.04.2014.

Ein Vertragsarzt kann neben seiner Vertragsarztstätigkeit auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Diese Nebenbeschäftigungen durfte bisher nach höchstinstanzlicher Verurteilung nicht mehr als dreizehn Stunden pro Woche einnehmen. Mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Flexibilisierung ermöglicht und die Stundenzahl hängt vom jeweiligen Fall ab.

Abrechnungsregeln AOP § 115b

Der Katalog ist mit Wirkung zum 01.01.2019** überarbeitet worden. Im EBM 2019 sind im Anhang 2 die Operationen/Diagnostik aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operation definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS-Kodes.

Im dreiseitigen Vertrag

- GKV Spitzenverband (Gesetzliche Krankenkassen)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Kassenärztliche Bundesvereinigung

wurde die Einigung über die Abrechnungsbestimmungen und der Qualitätssicherung festgelegt. Mit der Definition des OPS-Kodes wird die abrechenbare Leistungsposition für die Diagnostik, Vor-Nachbetreuung, Material definiert. Im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“, Stand 01.01.2019, sind die Operationen aufgeführt, die vom Krankenhaus abgerechnet werden können:

<http://www.kbv.de/html/87.php>

ReliaTack™





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

AOP VERTRAG NACH §115b

Im EBM 2019 sind im Anhang 2 die Operationen aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operation definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS-Codes. Im Kapitel 31 finden sich die Bewertungen der ambulanten OP. Im Kapitel 36 sind die Bewertungen der belegärztlichen OP aufgelistet. Es gibt einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus.

Wichtig: Das Krankenhaus kann nur die Operationen über AOP abrechnen, die im AOP Vertrag im Abschnitt 1, 2 oder 3 aufgeführt sind.

OPS 2019	Seite	Bezeichnung OPS 2019	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs- komplex ambulant	Überwachungs- komplex belegärztlich	Behandl. komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungs- komplex Opera- teur (nur amb.) **	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-530.1	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154	36 154	31 505	36 505	31 610	31 611	31 824	36 824

Kategorie: F4 = F = Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4
4 = Kalkulierte Schnitt-Naht Zeit 55 Minuten

AOP Vertrag: (-ambulantes operieren und stationärer Eingriffe im Krankenhaus-) Vertrag nach 115b Abs.1 SGB V
Kategorie 1 = Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können
Kategorie 2 = Leistungen, die ambulant oder stationär erbracht werden können

* GO-Pos. gemäß EBM 2019





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Anhang 2 ambulante Operationen (Auszug)

Hinweis: Die markierten Prozeduren sind nicht im AOP-Katalog aufgeführt und somit nicht im Krankenhaus ambulant abrechenbar.

OPS 2018	Seite	Bezeichnung OPS 2018	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs- komplex ambulant	Überwachungs- komplex belegärztlich	Behandl. komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungs- komplex Opera- teur (nur amb.) **	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-530.00	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.01	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.02	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-530.03	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.1	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-530.31	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.32	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.33	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.34	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-530.4	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 535,83 €	36 156 476,84 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 826 309,20 €	36 826 198,49 €
5-530.5	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-530.71	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31 164 349,57 €	36 164 272,30 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-530.72	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31 164 349,57 €	36 164 272,30 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

5-530.73	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-530.74	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-530.8	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 535,83 €	36 156 476,84 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 826 309,20 €	36 826 198,49 €
5-530.90	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-530.91	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.0	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.1	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.31	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.32	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.33	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-531.34	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-531.4	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 535,83 €	36 156 476,84 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 826 309,20 €	36 826 198,49 €
5-531.5	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-531.71	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31 164 349,57 €	36 164 272,30 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-531.72	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31 164 349,57 €	36 164 272,30 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-531.73	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-531.74	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-531.8	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 535,83 €	36 156 476,84 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 826 309,20 €	36 826 198,49 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

5-534.01	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.02	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.03	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.1	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.31	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	G2	31 162 167,21 €	36 162 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.33	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-534.34	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-534.35	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-535.0	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-535.1	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-535.31	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-535.33	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-535.34	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-535.35	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-536.0	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F2	31 152 167,21 €	36 152 107,36 €	31 503 55,52 €	36 503 6,49 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 822 136,04 €	36 822 81,93 €
5-536.10	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenes Material	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-536.11	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenes Material	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

5-536.41	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-536.45	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-536.46	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-536.47	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-536.48	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	F4	31 154 313,42 €	36 154 241,34 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 824 197,84 €	36 824 123,59 €
5-538.0	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.1	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.3	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.40	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F5	31 155 420,57 €	36 155 329,76 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.41	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31 165 451,84 €	36 165 365,15 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.43	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31 197 700,98 €	36 197 632,80 €	–	–	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.44	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdominal	J7	31 197 700,98 €	36 197 632,80 €	–	–	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.5	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss	F7	31 157 577,39 €	36 157 555,31 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.6	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	F7	31 157 577,39 €	36 157 555,31 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.8	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material	F7	31 157 577,39 €	36 157 555,31 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.90	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F7	31 157 577,39 €	36 157 555,31 €	31 507 214,18 €	36 507 24,68 €	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.91	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31 165 451,84 €	36 165 365,15 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

5-538.93	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31 197 700,98 €	36 197 632,80 €	–	–	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.94	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdominal	J7	31 197 700,98 €	36 197 632,80 €	–	–	31 612 38,31 €	31 613 31,82 €	31 827 321,86 €	36 827 207,04 €
5-538.a	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogen- oder xenogenes Material	G5	31 165 451,84 €	36 165 365,15 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-538.b	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogen- oder xenogenes Material	G5	31 165 451,84 €	36 165 365,15 €	31 506 161,47 €	36 506 18,72 €	31 610 31,60 €	31 611 25,22 €	31 825 260,28 €	36 825 165,37 €
5-539.0	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-539.1	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-539.30	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch	F3	31 153 240,59 €	36 153 164,18 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-539.31	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-539.32	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €
5-539.4	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogen- oder xenogenes Material	G3	31 163 264,83 €	36 163 176,41 €	31 505 111,58 €	36 505 12,99 €	31 608 25,22 €	31 609 18,72 €	31 823 166,88 €	36 823 102,71 €

31 168 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31 161 bis 31 166 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31 167, 52,27 €

* GO-Pos. gemäß EBM 2019, ** abzüglich 27,5 % bei Erbringung durch ein Krankenhaus

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

SACHKOSTENABRECHNUNG GESETZLICH VERSICHERTE

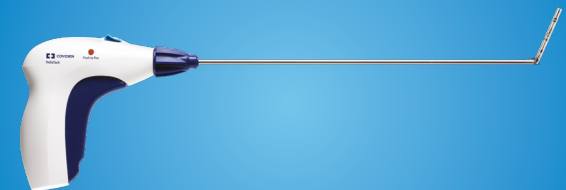
Gesetzlich Versicherte im Vertragsarztbereich

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 Medizinproduktehersteller. Die Krankenkasse des Patienten überweist den Rechnungsbetrag dann direkt an den Medizinproduktehersteller.

ReliaTack™





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Gesetzlich Versicherte im Krankenhaus

Direktabrechnung mit den medizinischen Leistungen, direkt an die jeweilige Krankenkasse.

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),





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang m. laparoskopischen Leistungen,
- Narkosegase, Sauerstoff,
- 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, Perfluordecalin, 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.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung privat
Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

SACHKOSTENABRECHNUNG PRIVAT VERSICHERTE

Sachkosten bei privatärztlicher Leistungserbringung

Die Abrechnung erfolgt über das Ausstellen eines Rezepts über alle verbrauchten Materialien. Üblicherweise erfolgt dann eine Rechnungsstellung vom Medizinproduktehersteller direkt an den Patienten, der diese nach Rückerstattung durch seine Kasse reguliert. Alternativ kann die Rechnung auch an den Arzt geschickt werden, der dann seine Leistungen und die Implantatekosten (Netze) direkt mit dem Patienten abrechnet.

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.

PCO12FX



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

ABRECHNUNGSBEISPIELE IM GKV-SYSTEM GEMÄSS EBM

Gemäß AOP-Vertrag - Krankenhaus

ICD 10	K40.40	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet
OPS	5-530.1 5-932.4**	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung

Chirurgie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
07211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Chirurg	23,92 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	313,42 €
31505	Postoperative Überwachung	111,58 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur (abzügl. 27,5 %)	22,91 €
		471,83 €
	Auslagenpauschale 7%	33,03 €
		504,86 €
	Gemäß Abs. 5 „Sachmittel werden zusätzlich .. 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 - Gewebeersatz - Hernien-Netz“	

Anästhesie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Anästhesist	10,28 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	19,37 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	197,84 €
		227,49 €
	Auslagenpauschale 7%	15,92 €
		243,41 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Gemäß AOP-Vertrag - Vertragsarzt

Chirurgie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
07211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Chirurg	23,92 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	313,42 €
31505	Postoperative Überwachung	111,58 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur (abzügl. 27,5 %)	22,91 €
		471,83 €
	Sachmittelabrechnung erfolgt über Sprechstundenbedarf	...
		471,83 €
	Gemäß Abs. 5 „Sachmittel werden zusätzlich .. 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 - Gewebeersatz - Hernien-Netz“	

Anästhesie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Anästhesist	10,28 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	19,37 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	197,84 €
		227,49 €
	Sachmittelabrechnung erfolgt über Sprechstundenbedarf	...
		227,49 €

Gemäß AOP-Vertrag - Belegarzt

Chirurgie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
07211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Chirurg	23,92 €
36154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	241,34 €
36505	Postoperative Überwachung	12,99 €
		278,25 €

Anästhesie		
GOÄ	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211	Grundpauschale 7 - 59 Jahre - Anästhesist	10,28 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	19,37 €
36824	Anästhesie und/oder Narkose	123,59 €
		153,24 €





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Leistungsbeschreibung der Abrechnungskomplexe gemäß Anlage 2 des EBM 2019 (Auszug)

Wichtig: Die obligaten Leistungsinhalte müssen erfüllt sein, um die Leistung abrechnen zu können. Die fakultativen Leistungen müssen nicht erbracht werden. Werden sie erbracht, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Chirurgische Grundpauschalen

Obligater Leistungsinhalt			
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,			
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,			
einmal im Behandlungsfall			
Ziffer		Wert	Punkte
07210 19 Min.	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebens-jahr	22.73 €	210
07211 20 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	23.92 €	221
07212 23 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	27.60 €	255

Die Gebührenordnungspositionen 07 210 bis 07 212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01 436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 07 210 bis 07 212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 600 und 01 601 berechnungsfähig.

31 154 Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4

Obligatorer Leistungsinhalt			
55 Min.	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			
Ziffer		Wert	Punkte
31 154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	313.42 €	2896

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31 154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31 505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31 610 oder 31 611 berechnet werden.

Zu den visceralchirurgischen Eingriffen der Kategorie F4 gehören:
Operationen am Darm, Operationen am Magen: Umstechung eines Ulcus ventriculi, Operationen an der Appendix, Rekonstruktion am Magen, Operativer Verschluss an Blutgefäßen, Anlegen anderer Enterostomata, Anlegen eines Enterostoma, doppelläufig, Anlegen eines Enterostoma, endständig, als selbstständiger Eingriff, Appendektomie, Bypass-Anastomose des Darmes, Cholezystektomie, Exzision des Ductus thyreoglossus (mediane Halszyste), Exzision einer lateralen Halsfistel bzw. Halszyste, Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, Gastrostomie, Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie, Intraabdominale Manipulation am Darm, Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas, Naht von Blutgefäßen, Operationen am Pylorus, Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbstständiger Eingriff, Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma, Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostoma, Vagotomie: Thorakoskopisch (alle Verfahren), Verschluss anderer abdominaler Hernien, Verschluss einer Hernia inguinalis, Verschluss einer Hernia femoralis, Verschluss einer Hernia epigastrica, Verschluss einer Narbenhernie: Mit autogenem Material, Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata.





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

31 505 Postoperative Überwachung

Obligator Leistungsinhalt			
20 Min.	- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, - Abschlussuntersuchung(en)		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Infusionstherapie, - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7, - EKG-Monitoring			
Ziffer		Wert	Punkte
31 505	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31 105, 31 115, 31 125, 31 135, 31 145, 31 153, 31 154, 31 163, 31 164, 31 173, 31 174, 31 203, 31 204, 31 213, 31 214, 31 225, 31 235, 31 245, 31 273, 31 274, 31 283, 31 284, 31 293, 31 294, 31 303, 31 304, 31 313, 31 314, 31 325, 31 335 oder 31 345	111.58 €	1031

Die Gebührenordnungsposition 31 505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 910, 01 911, 02 100 und 05 350 berechnungsfähig.

31 824 Anästhesie und/oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

83 Min.	- Plexusanästhesie und/oder - Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder - Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder - Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation		
Obligater Leistungsinhalt			
- Anästhesien oder Narkose			
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Anästhesien nach der Nr. 05 320, - Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums, - Legen einer Blutleere, - Infusion(en) (Nr. 02 100), - Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02 320), - Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 321), - Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 322), - Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02 323), - arterielle Blutentnahme (Nr. 02 330), - Multigasmessung, - Gesteuerte Blutdrucksenkung, - Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen			
Ziffer		Wert	Punkte
31 824	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31 104, 31 114, 31 124, 31 134, 31 144, 31 154, 31 164, 31 174, 31 184, 31 194, 31 204, 31 214, 31 224, 31 234, 31 244, 31 254, 31 264, 31 274, 31 284, 31 294, 31 304, 31 314, 31 324, 31 334 oder 31 344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:	197.84 €	1828

Die Gebührenordnungsposition 31 824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 220 bis 01 222, 01 440, 01 510 bis 01 512, 01 520, 01 521, 01 530, 01 531, 01 856, 01 913, 02 100, 02 101, 02 300 bis 02 302, 02 320 bis 02 323, 02 330, 02 331, 02 340 bis 02 343, 05 320, 05 330, 05 331, 05 340, 05 341, 05 350, 05 360, 30 708, 31 801, 31 820 bis 31 823, 31 825 bis 31 827, 31 840 und 31 841 berechnungsfähig.





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

31 610 Postoperative Überwachung

Obligator Leistungsinhalt			
26 Min.	- Befundkontrolle(n), - Befundbesprechung,		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Verbandwechsel, - Drainagewechsel, - Drainageentfernung, - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,			
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2			
Ziffer		Wert	Punkte
31 610	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31 104, 31 105, 31 114, 31 115, 31 154, 31 155, 31 164, 31 165, 31 184, 31 185, 31 194, 31 195, 31 214, 31 215, 31 274 oder 31 275 bei Überweisung durch den Operateur	31.60 €	292

Die Gebührenordnungsposition 31 610 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02 300 bis 02 302, 02 310, 02 340, 02 341, 02 360, 06 350 bis 06 352, 07 310, 07 311, 07 320, 07 330, 07 340, 09 360 bis 09 362, 09 364, 09 365, 10 330, 10 340 bis 10 342, 15 321 bis 15 324, 18 310, 18 311, 18 320, 18 330, 18 340, 18 700, 20 364, 20 365 und 26 350 bis 26 352 berechnungsfähig.

05 310 Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation

Obligator Leistungsinhalt			
15 Min.	- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Auswertung ggf. vorhandener Befunde, - In mehreren Sitzungen,			
einmal im Behandlungsfall			
Ziffer		Wert	Punkte
05 310	Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2	19.37 €	179

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05 310 sind die Bestimmungen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu beachten.

Die Gebührenordnungsposition 05 310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 220 bis 01 222, 01 440, 01 510 bis 01 512, 01 520, 01 521, 01 530, 01 531, 01 852, 01 856, 01 903, 01 913, 02 100, 02 101, 02 342, 05 360, 05 361, 05 371, 30 710, 30 712, 30 720 bis 30 724, 30 730, 30 731, 30 740, 30 751 und 30 760 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 05 310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31 840, 31 841, 36 840 und 36 841 berechnungsfähig.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

Anästhesiologische Grundpauschalen

Obligater Leistungsinhalt			
Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt			
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,			
einmal im Behandlungsfall			
Ziffer		Wert	Punkte
05210 8 Min.	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	10.50 €	97
05211 8 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	10.28 €	95
05212 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	12.01 €	111

Die Gebührenordnungspositionen 05 210 bis 05 212 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 436, 01 440, 01 510 bis 01 512, 01 520, 01 521, 01 530, 01 531, 02 100 und 02 101 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 05 210 bis 05 212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 600 und 01 601 berechnungsfähig.

Symbotex™ Composite Mesh





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

ABRECHNUNGSBEISPIELE IM PKV-SYSTEM GEMÄSS GOÄ*

- Privatpatienten, Selbstzahler
- 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.
- Analoge Abrechnungsmöglichkeit herausgegeben vom Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

	Chirurg			
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 min)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	3,5 ¹	263,17 €
	445	Besondere Kosten Zuschlag für amb. Operieren	1,0	22,60 € 128,23 €
Tage nach OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	5	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
				514,54 €

	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 €

¹Steigerungsfaktor evtl. anpassen (max. 3,5) bei erhöhtem zeitlichen Aufwand durch Plastik

Auslagen gem. § 10 GOÄ Kosten für verbrauchtes Material (z. B. Netze)

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

Zzgl. der Kosten für implantierte Netze. Die Abrechnung der Netze kann auch direkt vom Medizinprodukte Hersteller an den Patienten erfolgen. Hierzu ist eine Abtretungserklärung erforderlich.

* Gebührenordnung für Ärzte

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

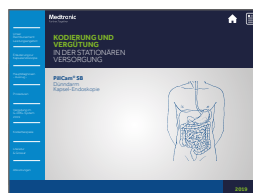
Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

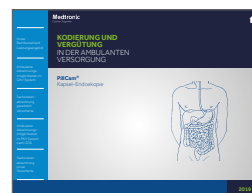
WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



PillCam® C2
Kolon
Kapsel-Endoskopie



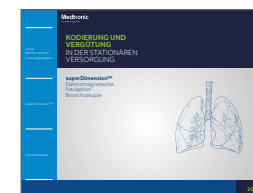
PillCam® SB
Dünndarm
Kapsel-Endoskopie



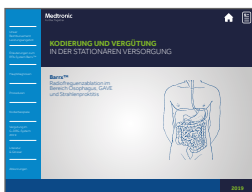
PillCam® Kapsel-Endoskopie
Kodierung und Vergütung in
der ambulanten Versorgung



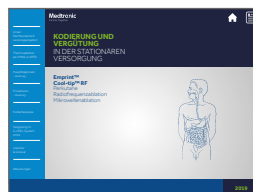
Synthetische und
biologische Netze
Hernienchirurgie



superDimension™
Elektromagnetische
Navigation Bronchoskopie



Barrx™ Radiofrequenzablation
im Bereich Ösophagus, GAVE
und Strahlenproktitis



Emprint™, Cool-tip™ RF
Perkutane Radiofrequenz-
ablation, Mikrowellenablation



INVOS™
Intrazerebrale Sauerstoff-
messung

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

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

AOP Vertrag
nach §115b

Sachkosten-
abrechnung
gesetzl. Versicherte

Sachkosten-
abrechnung
privat Versicherte

Abrechnungsbeispiele
im GKV-System
gemäß EBM

Abrechnungsbeispiele
im PKV-System
gemäß GOÄ

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

Ihr Ansprechpartner

Jörg Hausburg
Reimbursement & Health Economics

© 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.