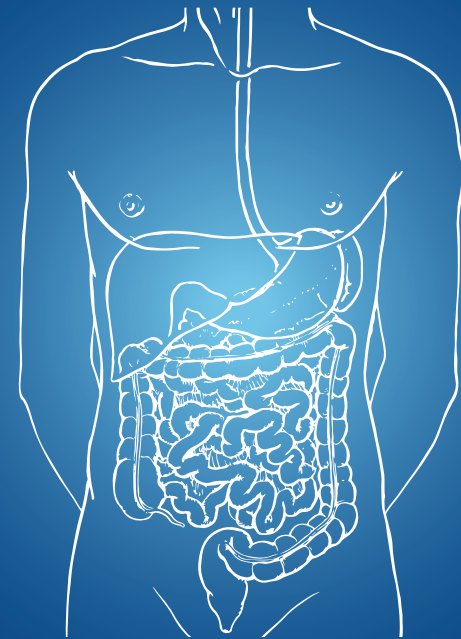


KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 2022

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie





INHALTS VERZEICHNIS

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten**
- 3. AOP Vertrag nach §115b**
- 4. Sachkostenabrechnung gesetzl. Versicherte**
- 5. Sachkostenabrechnung privat Versicherte**
- 6. Abrechnungsbeispiele im GKV-System gemäß EBM**
- 7. Abrechnungsbeispiele im PKV-System gemäß GOÄ**
- 8. Literatur & Quellenverzeichnis**
- 9. Glossar**
- 10. Abkürzungsverzeichnis**

Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.



1. 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
Weiterentwicklungs-
anträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Ver-
fahren inkl.
§137h SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit maßgeschneiderten 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 Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Training und Beratung

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.

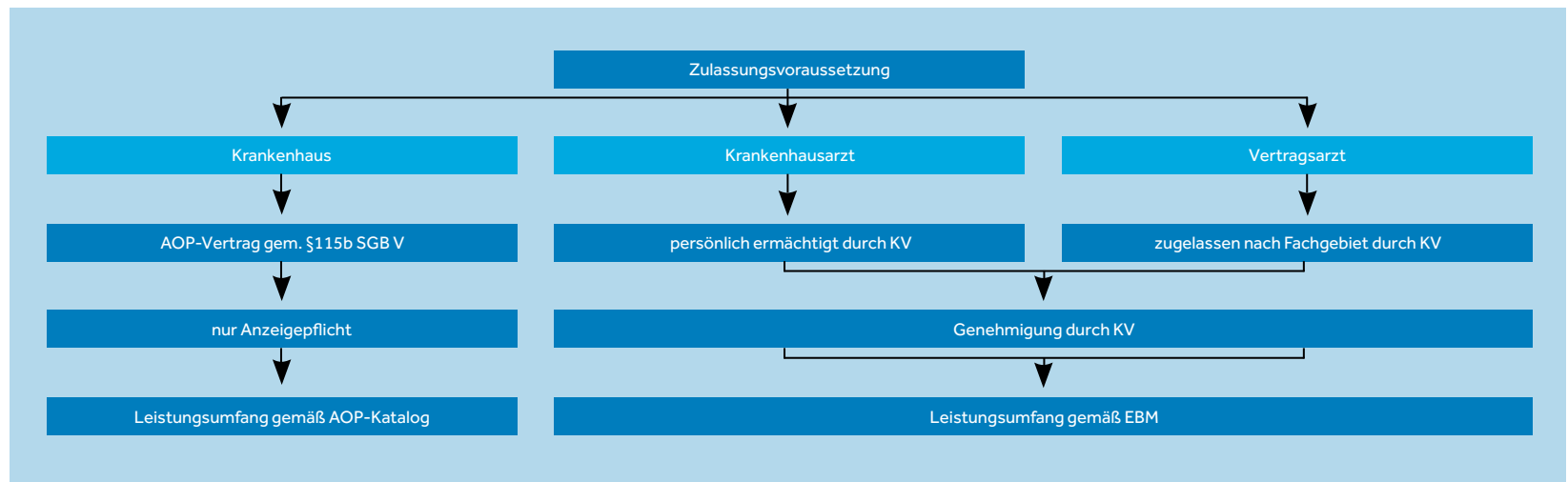


2. AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

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





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.

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.

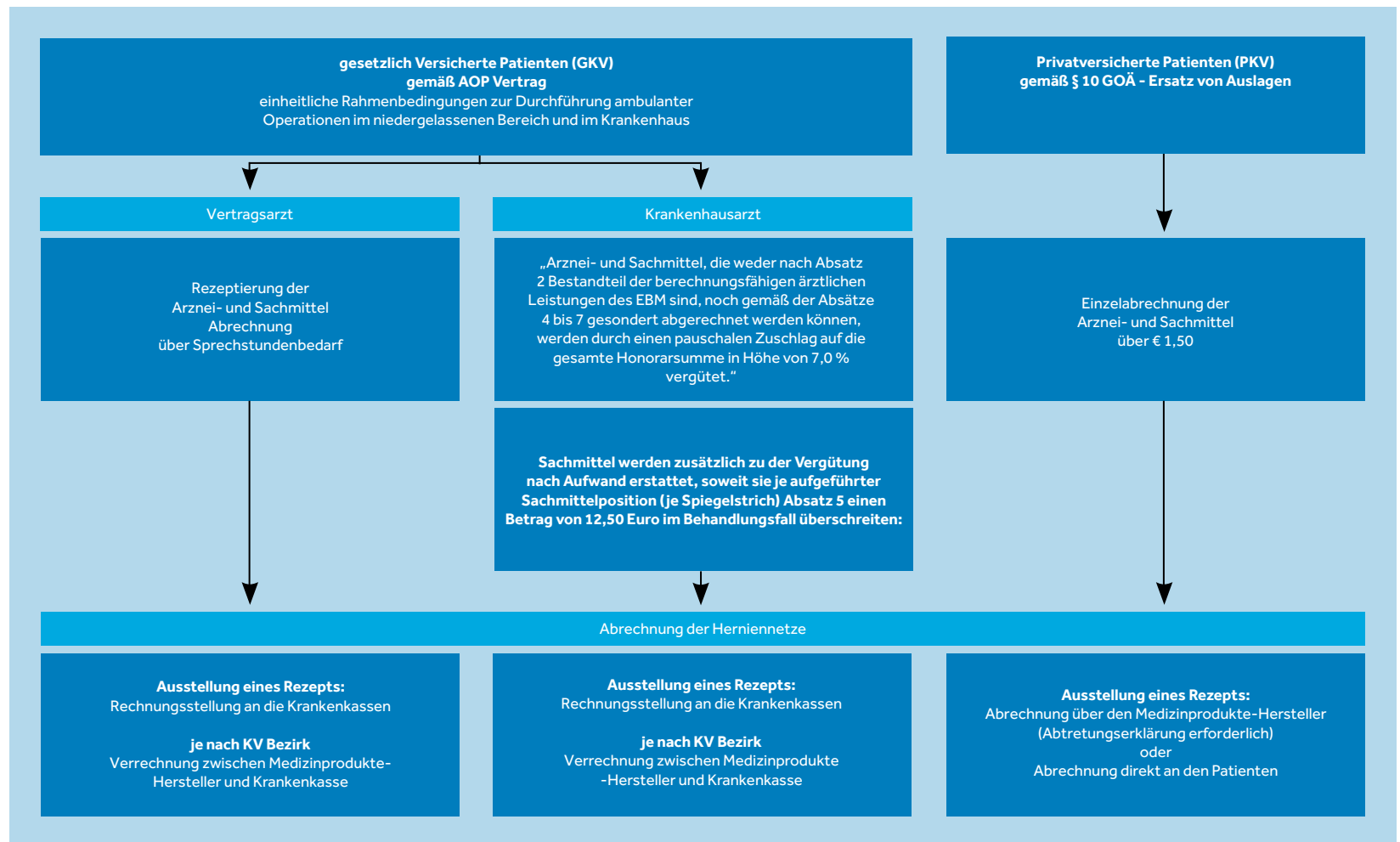
Zulassung Vertragsarzt

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.



Sachkostenabrechnung Hernienchirurgie





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 dürfen zunächst nach höchstinstanzlicher Verurteilung nicht mehr als dreizehn Stunden pro Woche einnehmen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Flexibilisierung ermöglicht und die Stundenzahl hängt vom jeweiligen Fall ab.

Abrechnungsregeln AOP § 115b

Der Katalog ist mit Wirkung zum 01.01.2022 überarbeitet worden. Im EBM 2022 sind im Anhang 2 die Operationen/Diagnostik aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operation definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS-Codes.

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-Codes 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 01.01.2022, sind die Operationen aufgeführt, die vom Krankenhaus abgerechnet werden können:

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP-Katalog_2022.pdf

ReliaTack™





3. AOP VERTRAG NACH §115b

Im EBM 2022 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 stationersetzender 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 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskomplex Operateur (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: (-ambulant operieren und stationersetzende 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 2022



Anhang 2 ambulante Operationen (Auszug)

Hinweis:		Die markierten Prozeduren sind nicht im AOP-Katalog aufgeführt und somit nicht im Krankenhaus ambulant abrechenbar.									
OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (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	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.01	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.02	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funi-kulolyse und Hodenverlagerung	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-530.03	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.1	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-530.31	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparo-skopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.32	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endo-skopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.33	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.34	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-530.4	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 557,79 €	36 156 496,39 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 826 371,79 €	36 826 239,52 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-530.5	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-530.71	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-530.72	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-530.73	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-530.74	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-530.8	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 557,79 €	36 156 496,39 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 826 371,79 €	36 826 239,52 €
5-530.90	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-530.91	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-531.0	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-531.1	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-531.31	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-531.32	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-531.33	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-531.34	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-531.4	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 557,79 €	36 156 496,39 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 826 371,79 €	36 826 239,52 €
5-531.5	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-531.71	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-531.72	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-531.73	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-531.74	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-531.8	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31 156 557,79 €	36 156 496,39 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 826 371,79 €	36 826 239,52 €
5-534.01	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	F2	31 152 275,68 €	36 152 183,64 €	31 503 110,08 €	36 503 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 190,96 €	36 822 117,73 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-534.02	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus	F2	31 152 174,06 €	36 152 111,76 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-534.03	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F2	31 152 174,06 €	36 152 111,76 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-534.1	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F2	31 152 174,06 €	36 152 111,76 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-534.33	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-534.34	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F2	31 152 174,06 €	36 152 111,76 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-534.35	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-534.36	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laposkopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh	G2	31 162 202,47 €	36 162 101,84 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-534.37	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laposkopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-534.38	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal, mit Onlay-Technik									
5-534.39	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal, mit Sublay-Technik									
5-535.0	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs- komplex ambulant	Überwachungs- komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant) **	Behandlungskom- plex Operateur (nur amb.) **	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-535.1	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-535.33	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-535.34	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-535.35	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-535.36	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laporoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-535.37	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laporoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-535.38	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Onlay-Technik									
5-535.39	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik									
5-536.0	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F2	31 152 174,06 €	36 152 111,76 €	31 503 54,98 €	36 503 6,53 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 822 151,64 €	36 822 90,91 €
5-536.10	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-536.11	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-536.44	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm									
5-536.45	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-536.46	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-536.47	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
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, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31 154 326,27 €	36 154 251,23 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-536.49	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-536.4a	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	G4	31 164 363,90 €	36 164 283,46 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 824 230,39 €	36 824 144,21 €
5-536.4b	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr									



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl. komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskomplex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-536.4c	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr									
5-536.4d	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr									
5-536.4e	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-536.4f	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-536.4g	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-536.4h	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-536.4j		Verschluss einer Narbenhernie: mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr									
5-536.4k		Verschluss einer Narbenhernie: mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr									



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl.komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskom-plex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-537.1		Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Ompha-lozele, Laparoschisis): Mit plastischem Bruchpforten-verschluss									
5-537.3		Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Ompha-lozele, Laparoschisis): Mit allogenem oder xenoge-nem Material									
5-537.4		Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Ompha-lozele, Laparoschisis): Mit alloplastischem Material									
5-537.5		Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Ompha-lozele, Laparoschisis): Temporär (Schuster-Plastik)									
5-538.0	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirur-gisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.1	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirur-gisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.3	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloge-nem oder xenogenem Material	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.40	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplas-tischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F5	31 155 437,80 €	36 155 343,28 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.41	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplas-tischem Material: Laparoskopisch	G5	31 165 470,36 €	36 165 380,13 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.43	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplas-tischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31 197 729,72 €	36 197 658,73 €			31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.44	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplas-tischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdomi-nal	J7	31 197 729,72 €	36 197 658,73 €			31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl. komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskomplex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-538.45	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch									
5-538.5	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.6	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.8	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenen oder xenogenen Material	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.90	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F7	31 157 601,06 €	36 157 578,07 €	31 507 207,08 €	36 507 24,11 €	31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.91	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31 165 470,36 €	36 165 380,13 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.93	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31 197 729,72 €	36 197 658,73 €			31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.94	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdominal	J7	31 197 729,72 €	36 197 658,73 €			31 612 41,01 €	31 613 34,14 €	31 827 387,89 €	36 827 250,33 €
5-538.95	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch									
5-538.a	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material		31 165 470,36 €	36 165 380,13 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €
5-538.b	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	G5	31 165 470,36 €	36 165 380,13 €	31 506 156,38 €	36 506 18,14 €	31 610 33,91 €	31 611 27,04 €	31 825 309,14 €	36 825 197,27 €



OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Operationen ambulant*	Operationen belegärztlich	Überwachungs-komplex ambulant	Überwachungs-komplex belegärztlich	Behandl komplex Überweisung (nur ambulant)**	Behandlungskomplex Operateur (nur amb.)**	Anästhesie ambulant	Anästhesie belegärztlich
5-539.0	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.1	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.30	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch	F3	31 153 250,45 €	36 153 170,91 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.31	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.32	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.4	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	G3	31 163 275,68 €	36 163 183,64 €	31 505 110,08 €	36 505 12,73 €	31 608 27,04 €	31 609 20,05 €	31 823 190,96 €	36 823 117,73 €
5-539.31	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31 163 272,21 €	36 163 181,33 €	31 505 108,69 €	36 505 12,57 €	31 608 26,70 €	31 609 19,80 €	31 823 188,56 €	36 823 116,25 €



4. 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™





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 Verschlusssysteme 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,
- Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils,
- Iris-Retraktoren, 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.



5. 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





6. 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		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	26,03 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	326,27 €
31505	Postoperative Überwachung	110,08 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur	33,91 €
		496,28 €
	Auslagenpauschale 7%	34,74 €
		531,02 €
	Gewebeersatz*	
	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		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
05211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10,14 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	14,87 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	230,39 €
		255,40 €
	Auslagenpauschale 7%	17,88 €
		273,27 €

*berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent



Gemäß AOP-Vertrag - Vertragsarzt

Chirurgie - Ambulante OP		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26,03 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	326,27 €
31505	Postoperative Überwachung	110,08 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur	33,91 €
		496,28 €
	Auslagenpauschale 7%	...
		496,28 €
	Gewebeersatz*	
	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“	

Chirurgie - Belegärztliche OP		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26,03 €
36154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	251,23 €
36505	Postoperative Überwachung	12,73 €
		289,99 €

Anästhesie - Ambulante OP		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
05211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10,14 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	14,87 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	230,39 €
		255,40 €
	Auslagenpauschale 7%	...
		255,40 €

Anästhesie		
GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
05211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10,14 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	14,87 €
36824	Anästhesie und/oder Narkose	144,21 €
		169,22 €

*berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent



Leistungsbeschreibung der Abrechnungskomplexe gemäß Anlage 2 des EBM 2022

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 und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä			
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		Betrag*	Punkte
07210 19 Min.	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	25,68 €	228
07211 20 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	26,03 €	231
07212 23 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	30,08 €	267

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.

*berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent

31 154 Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4

Obligater Leistungsinhalt			
55 Min.	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt			
Ziffer		Betrag*	Punkte
31 154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	326,27 €	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, doppel-läufig, Anlegen eines Enterostoma, endständig, als selbstständiger Eingriff, Append-ektomie, Bypass-Anastomose des Darmes, Cholezystektomie, Exzision des Ductus thyreoglossus (mediane Halszyste), Exzision einer lateralen Halsfistel bzw. Halszyste, Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße, Gastrostomie, Hemithyreoidecto-mie: Ohne Parathyreoidektomie,
 Intraabdominale Manipulation am Darm, Lokale Exzision und Destruktion von erkrank-tem 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 epigastrica, Verschluss einer Hernia femoralis, Verschluss einer Hernia inguinalis, Verschluss einer Narbenhernie: Mit autogenem Material, Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata.



31 505 Postoperative Überwachung

Obligater 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		Betrag*	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	110,08 €	977

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

*berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent

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) - Magenverweilsoneinführung (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	Betrag*	Punkt	
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: (...)	230,39 €	204

Die Gebührenordnungsposition 31 824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 220 bis 01 222, 01 440, 01 510 bis 01 512, 01 514, 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



31 610 Postoperative Überwachung

Obligater 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		Betrag*	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	33,91 €	301

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.

*berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent

05 310 Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation

Obligater Leistungsinhalt			
15 Min.	- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation		
Fakultativer Leistungsinhalt			
- Auswertung ggf. vorhandener Befunde - In mehreren Sitzungen			
einmal im Behandlungsfall			
Ziffer		Betrag*	Punkte
05 310	Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 oder vor einer geplanten Leistung nach der Gebührenordnungsposition 05320, 05330, 05340, 05341, 05360 oder 05370	14,87 €	132

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, 01 514, 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.



Anästhesiologische Grundpauschalen

Obligater Leistungsinhalt

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

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		Betrag+	Punkte
05210 8 Min.	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	11,26 €	100
05211 8 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	10,14 €	90
05212 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	11,83 €	105

Die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436, 01440, 01510 bis 01512, 01514, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100 und 02101 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

**berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 11,2662 Cent*

Symbotex™ Composite Mesh



7. ABRECHNUNGSBEISPIELE IM PKV-SYSTEM GEMÄSS GOÄ*

Anmerkung! Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.

- 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.

	Chirurgie			
	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 Schenkelbruchs Besondere Kosten	3,5 ¹	263,17 €
	445	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 €

Anästhesist			
GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
462	Kombinationsnarkose bis 1h Besondere Kosten	3,5 ¹	263,17 €
447	Zuschlag für amb. Operieren		22,60 €
448	Beobachtung / Betreuung	1,0	128,23 €
272	Infusion, intravenös z.B. E153		

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



8. LITERATUR & QUELLENVERZEICHNIS

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Vertragsärzte. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/vertragsaerzte.html>. [Stand 20.01.2022]

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): AOP-Katalog 2022. Online verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP-Katalog_2022.pdf. [Stand 20.01.2022]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/ebm.php>. [Stand 20.01.2022]

GKV-Spitzenverband (2021): Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp. [Stand 20.01.2022]

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Glossar Honorar. Online verfügbar unter: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Verguetung/Honorar/Glossar_Honorar.pdf. [Stand 20.01.2022]

Online GOÄ-Ziffern 2022. Online verfügbar unter: <https://abrechnungsstelle.com/goae/ziffern/>. [Stand 20.01.2022]



9. GLOSSAR

AOP-Vertrag

Gemäß § 115 b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) regelt die Grundsätze der Abrechnung. Anlage zum AOP-Vertrag ist der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus. Zusätzlich existiert ein Meldeformular gemäß § 1 Abs. 2 AOP-Vertrag, mit dem die Krankenhäuser ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber der Krankenkasse anzeigen müssen. (Vgl. GKV-Spitzenverband 2021).

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte. Er wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf Bundesebene vereinbart. Er bestimmt den Inhalt der gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertung einer Leistung im EBM beruht auf betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und setzt sich aus den anteiligen Praxiskosten für diese Leistungen und dem anteiligen kalkulatorischen Arztlohn für diese Leistung zusammen. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Ermächtigte Ärzte

Neben der Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Krankenhausärzten, Krankenhäusern oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Eine Ermächtigung kann durch den Zulassungsausschuss dann erteilt werden, wenn sie notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers dann ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Dabei legt der Zulassungsausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nach ihr rechnen Ärzte Patienten ab, die bei privat krankenversichert sind. Sie wird durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen und bestimmt Mindest- und Höchstbeträge für die Gebühren ärztlicher Leistungen. Auch Kassenärzte können danach abrechnen, wenn sie für Patienten Leistungen erbringen, die nicht zum Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, wie Impfberatung für private Auslandsreisen, Sporttauglichkeitsprüfungen, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Gebührenordnungs- position (GOP)

Als Gebührenordnungspositionen werden die Leistungen des EBM bezeichnet. Diese fünfstellige GOP wird von dem Arzt im Rahmen seiner Abrechnung angegeben. Neben den im EBM aufgeführten GOPs gibt es Gebührennummern für Leistungen aus regional vereinbarten Sonderverträgen. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)



Gesetzliche Krankenkassen (GKV)

Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine verpflichtende Versicherung für alle Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt unterhalb der Versicherungsspflichtgrenze liegt. Die GKV-Mitgliedschaft kann unter bestimmten Voraussetzungen auch freiwillig erworben werden. Der gesetzliche Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. In der GKV gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip. In Abgrenzung zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist die private Krankenversicherung zu sehen (PKV). (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 freiberuflichen Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In deren Rahmen sorgen sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß § 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt. Jeder Arzt, der eine vertragsärztliche Zulassung hat, ist Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) seiner Region. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Orientierungswert

Der Orientierungswert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit dem Spitzenverband der Krankenkassen. Extrabudgetäre Leistungen werden immer mit dem Orientierungswert vergütet. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Punktwert

Nahezu alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden in Punkten bewertet. Die tatsächliche Vergütungshöhe einer Leistung ergibt sich durch die Multiplikation dieser Punkte mit einem in Cent bemessenen Punktwert. Die extrabudgetären Leistungen werden mit dem Orientierungswert vergütet. Die Punktwerte für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind im HVM geregelt und müssen teilweise jedes Quartal neu ermittelt werden. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)



Vertragsarzt

Vertragsärzte (früher als "Kassenärzte" bezeichnet) sind Ärzte, die im Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind. Die Zulassung ist an Voraussetzungen gebunden wie zum Beispiel die Approbation, eine Eintragung in das Arztregister sowie eine Verpflichtung auf die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen der GKV. Sie ist jeweils an einen bestimmten Vertragsarztsitz gebunden. (BMG 2016)



10. ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

AOP	Ambulantes Operieren im Krankenhaus
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-GO	Ersatzkassengebührenordnung
EKV	Arzt-Ersatzkassen-Vertrag
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.



WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



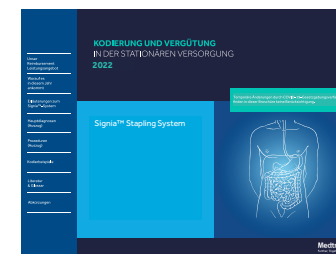
Illumisite™ Plattform
Elektromagnetische
Navigation
Bronchoskopie



LigaSure™



TruClear™
Hysteroscopic &
Fluid Management



Signia™ Stapling System

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



Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: reimbursement@medtronic.de

www.medtronic-reimbursement.de

Ihr Ansprechpartner

Jörg Hausburg
Reimbursement & Health Economics

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved.
02/2022

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.