



# KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG PRIVATÄRZTLICHE LIQUIDATION IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2020

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

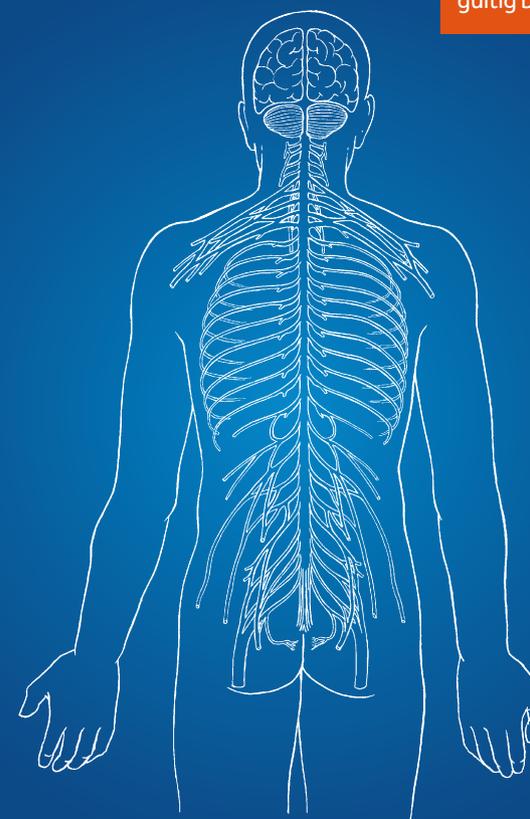
Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## Neuromodulationsverfahren



**Neuer EBM ab 01.04.2020**

Die in dieser Broschüre  
aufgeführten Beispiele sind  
gültig bis zum 31.03.2020.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## VORWORT



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

**Günther Gyarmathy**

Senior Manager

Reimbursement & Health Economics

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

# UNSER REIMBURSEMENT LEISTUNGSANGEBOT

## 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. 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.





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

# INHALTS VERZEICHNIS

**1. Quelle der analogen G-OÄ Bewertungen**

**2. Abrechnungsbeispiele stationäre privatärztliche OP-Leistungen**

**3. Abrechnungsbeispiele ambulante Versorgung**

**4. Sachkostenabrechnung**





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

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

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

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

Intellis™ with AdaptiveStim™





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 2. ABRECHNUNGSBEISPIELE **STATIONÄRE** PRIVATÄRZTLICHE OP-LEISTUNGEN

### Privat versicherter stationärer Patient mit wahlärztlicher Vereinbarung

**Hinweis:** Voraussetzung zur Abrechnung bei privat versicherten stationären Patienten:

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

**Anmerkung:**

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

**RÜCKENMARK**  
STIMULATION (SCS)

**SUBKUTANE  
PERIPHERE  
NERVEN  
STIMULATION  
(SPNS)**

**MEDIKAMENTEN  
PUMPE**

**TIEFE  
HIRNSTIMULATION**  
ANALOGUE  
ABRECHNUNG

**SAKRALE  
NERVENSTIMULATION**  
InterStim® THERAPIE  
ANALOGUE ABRECHNUNG



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 2.1 Rückenmarkstimulation (SCS), z.B. mit Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan® MRI, RestoreSensor® SureScan® MRI, PrimeAdvanced® SureScan® MRI, Itrel® 4

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

\* Siehe Anmerkung S.5





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

## 2.2 Subkutane periphere Nervenstimulation (sPNS), z.B. mit Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan® MRI, Restore-Sensor® SureScan® MRI, PrimeAdvanced® SureScan® MRI, Itrel® 4

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

## 2.3 Medikamentenpumpe, z.B. Mit SynchroMed® II

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 2.4 Tiefe Hirnstimulation<sup>1</sup> analoge Abrechnung, z.B. mit PERCEPT™ PC, Activa®RC, Activa®PC, Activa® SC

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 2.5 Sakrale Nervenstimulation, analoge Abrechnung, z.B. InterStim™ II MRT-fähig

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

\* Siehe Anmerkung S.5





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

### 3. ABRECHNUNGSBEISPIELE **AMBULANTE** VERSORGUNG

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

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





Vorwort

Die Beispiele sind in 3 Abrechnungsarten unterteilt

### a) Privat versicherter Patient

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

§ 6 GOÄ (Gebühren für andere Leistungen)

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

### b) Gesetzlich versicherter Patient

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab).

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

### c) Berufsgenossenschaft

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

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

#### Herausgegeben von der DGUV

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

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



Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.1 Rückenmarkstimulation (SCS) Erstimplantation in zwei Sitzungen, z.B. mit Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan® MRI, RestoreSensor® SureScan® MRI, PrimeAdvanced® SureScan® MRI, Itrel® 4

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

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

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
<b>Aufklärung vor OP</b>	16211*	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
<b>OP Elektroden OPS 5-039.34</b>	31255	Implantation 1 Stabelektrode	515,73 €
	31800	Regionale Anästhesie	41,53 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
	31674	postoperative Behandlung	25,60 €
<b>Zusatz Kode OPS 5-934.4</b>		Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig	
<b>OP Generator OPS 5-039.e1</b>	31256	Implantation Mehrkanalgenerator	662,85 €
<b>Zusatz Kode OPS 5-934.3</b>		Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	
<b>Tage nach OP</b>	31676	postoperative Behandlung	32,30 €
	30740	Programmierung eines Stimulators	12,20 €
		7% Sachkostenpauschale	1.335,59 € 93,49 €
		zzgl. Implantatkosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)	<b>1.429,08 €</b>

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211*	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
05340	Stand by je 15min. 1 Std.	15,16 € 60,64 €
31826	Anästhesie	313,90 €
	7% Sachkostenpauschale	404,65 € 28,33 €
		<b>432,98 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\*NEU: Obligator Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.2 Rückenmarkstimulation (SCS) Generatöraustausch, z.B. mit Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan® MRI, RestoreSensor® SureScan® MRI, PrimeAdvanced® SureScan® MRI, Itrel® 4

Abrechnungsmuster eines Generatöraustausches in Intubationsnarkose

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
OP Generator OPS 5-039.f1	31252	Wechsel Mehrkanalgenerator	247,87 €
Zusatz Kode OPS 5-934.3		Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
	30740	Programmier. eines Stimulators	12,20 €
		7% Sachkostenpauschale	303,91 € 21,27 €
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		<b>325,18 €</b>

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
31822	Anästhesie	138,11 €
	7% Sachkostenpauschale	168,22 € 11,78 € <b>180,00 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligator Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.3 Rückenmarkstimulation (SCS) Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

#### ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Neurochirurg / Neurologe		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
16220	Neurologisches Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,20 €
		<b>39,56 €</b>

<sup>1</sup>1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
<i>oder</i>	01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
	05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesie (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	10,44 €
	30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,20 €
			<b>29,67 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.4 Rückenmarkstimulation (SCS) Revisionen

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

Die Therapien sind nicht im EBM und AOP enthalten.

**c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)**

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 3.5 Rückenmarkstimulation (SCS) Elektrodenentfernung

Abrechnungsmuster von Elektrodenentfernungen

### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

	Anästhesist		
	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF Betrag
1	7	Beratung	2,3 10,72 €
		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 €	
			<b>207,72 €</b>

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

### b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1</sup> *	Grundpauschale Neurochirurg	25,05 €
OP OPS 5-039.a5	31252	Elektrodenentfernung - 2 Plattenelekt.	247,87 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
			<b>292,26 €</b>
		7% Sachkostenpauschale	20,46 €
			<b>312,72 €</b>

	Anästhesist		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211*	05310	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
		präoperative Untersuchung	19,67 €
31822	Anästhesie	138,11 €	
31504	Überwachungskomplex	81,63 €	
			<b>249,85 €</b>
		7% Sachkostenpauschale	17,49 €
			<b>267,34 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

Die Elektrodenentfernungen gemäß OPS Kode:

	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
5-039.a2	31251	Elektrodenentfernung 1 Stabelektrode	188,87 €
5-039.a3	31252	Elektrodenentfernung 2 Stabelektroden	247,87 €
5-039.a4	31251	Elektrodenentfernung 1 Plattenelektrode	188,87 €

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

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

### 3.6 Rückenmarkstimulation (SCS) Explantation eines Neurostimulationssystems

Abrechnungsmuster Entfernung eines Neurostimulationssystems

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
<b>Aufklärung vor OP</b>	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg	25,05 €
<b>OP OPS 5-039.d</b>	31254	Entfernung Neurostimulator	395,32 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
<b>Tage nach OP</b>	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	439,71 € 30,78 €
			<b>470,49 €</b>

	Anästhesist		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
	05211 <sup>*</sup>	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
	05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
	31824	Anästhesie	200,84 €
		7% Sachkostenpauschale	230,95 € 16,17 €
			<b>247,12 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

## c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.7 Medikamentenpumpe, Erstimplantation in einer Sitzung, z.B. mit SynchroMed® II

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

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
OP OPS 5-038.21 OPS 5-038.41	31252	Implantation Medikamentenpumpe	247,87 €
	31258	Zuschlag Simultan-Eingriff	62,19 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
	30740	Auffüllung Medikamentenpumpe	12,20 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	376,54 € 26,36 €
			<b>402,90 €</b>
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

	Anästhesist		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
	05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
	05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
	31822	Anästhesie	138,11 €
	31504	Überwachungskomplex	81,63 €
		7% Sachkostenpauschale	249,85 € 17,49 €
			<b>267,34 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.8 Medikamentenpumpe, Erstimplantation in zwei Sitzungen, z.B. mit SynchroMed® II

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

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
1. Sitzung OPS 5-038.21	31252	Implantation Katheter	247,87 €
	31800	Lokalanästhesie	41,53 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
2. Sitzung OPS 5-038.41	31252	Implantation Medikamentenpumpe	247,87 €
	30740	Auffüllung einer Medikamentenpumpe	12,20 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	603,75 € 42,26 €
			<b>646,01 €</b>
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
31822	Anästhesie	138,11 €
31504	Überwachungskomplex	81,63 €
	7% Sachkostenpauschale	249,85 € 17,49 €
		<b>267,34 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.9 Medikamentenpumpe Austausch, z.B. mit SynchroMed® II

Abrechnungsmuster Austausch einer Medikamentenpumpe in Intubationsnarkose

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	z.B. Neurochirurg		
	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
OP OPS 5-038.41	31252	Austausch Medikamentenpumpe	247,87 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
	30740	Auffüllung einer Medikamentenpumpe	12,20 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	314,35 € 22,00 €
			<b>336,35 €</b>
	zzgl. Implantatekosten gem. Lieferantenrechnung (Neurostimulationssystem)		

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
31822	Anästhesie	138,11 €
31504	Überwachungskomplex	81,63 €
	7% Sachkostenpauschale	249,85 € 17,49 €
		<b>267,34 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.10 Medikamentenpumpe Schmerz Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

#### ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	25,05 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,20 €
		39,56 €

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
oder	01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
	05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesist (Vertragsarzt) (Patienten im Alter von 6 bis 59)	10,44 €
	30740	Überprüfung Spinalkatheter oder Stimulationsgerät	12,20 €
			29,67 €

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.11 Medikamentenpumpe Spastik Follow-Up

Follow UP - Ambulante Betreuung nach Implantation

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

#### ba) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	25,05 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,44 €
01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	55,16 €
01511	> 4 Std.	104,93 €
		47,80 €

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**bb) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	Anästhesist		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
oder	01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
	05211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Anästhesist (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	10,44 €
	30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,44 €
	01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	55,16 €
	01511	> 4 Std.	104,93 €
			<b>37,91 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\*NEU: Obligator Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

**bc) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

	Neurologe		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
oder	16211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Facharzt Neurologie (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	25,05 €
	16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,90 €
	16231	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung des ZNS / PNS in Alten- / Pflegeheimen	22,96 €
	30751	Pumpenauffüllung (Baclofen)	20,44 €
	01510	Zusatzpauschale Beobachtung und Betreuung > 2 Std.	55,16 €
	01511	> 4 Std.	104,93 €
			<b>78,35 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\*NEU: Obligator Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

**c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)**

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

### 3.12 Medikamentenpumpe Revisionen

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)**

Die Therapien sind nicht im EBM und AOP enthalten.

**c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)**

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 3.13 Entfernung Katheter

Abrechnungsmuster von Katheterentfernungen

### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

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

### b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1</sup> *	Grundpauschale Neurochirurg	25,05 €
OP OPS 5-038.b	31251	Entfernung Katheter	188,87 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	233,26 € 16,33 €
			<b>249,59 €</b>

Anästhesist		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
05211*	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
31821	Anästhesie	106,46 €
31504	Überwachungskomplex	81,63 €
	7% Sachkostenpauschale	218,20 € 15,27 €
		<b>233,47 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

Die Katheterentfernung gemäß OPS-Kode:

	EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
5-038.b	31251	Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und epiduralen Infusion	188,87 €

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

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 3.14 Entfernung Medikamentenpumpe

Abrechnungsmuster Entfernung Medikamentenpumpe

### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5

### b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

	z.B. Neurochirurg		Betrag
	EBM	Leistungsbezeichnung	
Aufklärung vor OP	16211 <sup>1</sup> *	Grundpauschale Neurochirurg	25,05 €
OP OPS 5-038.d	31251	Entfernung Medikamentenpumpe	247,87 €
	34280	Durchleuchtung	10,44 €
Tage nach OP	31670	postoperative Behandlung	8,90 €
		7% Sachkostenpauschale	292,26 € 20,46 €
			<b>312,72 €</b>

Anästhesist		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
05211*	Grundpauschale Anästhesie	10,44 €
05310	präoperative Untersuchung	19,67 €
31822	Anästhesie	138,11 €
31504	Überwachungskomplex	81,63 €
	7% Sachkostenpauschale	249,85 € 17,49 €
		<b>267,34 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.15 Tiefe Hirnstimulation Follow-Up, z.B. mit PERCEPT™ PC, Activa®RC, Activa®PC, Activa® SC

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

#### Follow Up Tiefe Hirnstimulation

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

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

#### b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

z.B. Neurochirurg		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 <sup>1</sup> *	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
16211 <sup>1</sup>	Grundpauschale Neurochirurg (Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	25,05 €
16220	Neurol. Gespräch, je 10 Min.	9,89 €
<b>oder</b>		<b>27,36 €</b>

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)**

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



### 3.16 Interstim-Therapie Follow-Up, z.B. InterStim™ II MRT-fähig

Sakrale Nervenstimulation InterStim-Therapie

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

#### Follow Up InterStim®-Therapie

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

#### a) Privat versicherter Patient (PKV)

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

\* Siehe Anmerkung S.5

#### b) Gesetzlich versicherter Patient (GKV)

Chirurg, Gynäkologe, Urologe		Betrag
EBM	Leistungsbezeichnung	
01321 <sup>1*</sup>	Grundpauschale ermächtigter Krankenhausarzt	17,47 €
07211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Chirurgie/Proktologe(Vertragsarzt), Patienten im Alter von 6 bis 59	24,28 €
08211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Gynäkologie Patienten im Alter von 6 bis 59	15,93 €
26211 <sup>1*</sup>	Grundpauschale Urologie Patienten im Alter von 6 bis 59	18,24 €

<sup>1</sup> 1x im Quartal

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä





Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

**c) Berufsgenossenschaft (UV-GOÄ)**

Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern, besondere Heilbehandlung

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

\* Siehe Anmerkung S.5



Vorwort

Unser  
 Reimbursement  
 Leistungsangebot

Quelle der  
 analogen G-OÄ  
 Bewertungen

Abrechnungs-  
 beispiele stationäre  
 privatärztliche  
 OP-Leistungen

Abrechnungs-  
 beispiele ambulante  
 Versorgung

Sachkosten-  
 abrechnung

Glossar

### 3.17 Wichtige Abrechnungspositionen

Leistungen, die von neurochirurgischen Vertragsärzten oder Krankenhausärzten mit entsprechender Ermächtigung abgerechnet werden können.		
EBM	Leistungsbezeichnung	Betrag
16222 <sup>1</sup>	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16 220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	12,42 €
16232 <sup>1</sup>	Diagnostik und Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, mind. 2 Patientenkontakte	16,48 €
16230 <sup>14</sup>	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung d. ZNS / PNS in häusl.Umgebung, mind. 2 Patientenkontakte	41,20 €
16231 <sup>14</sup>	Kontinuierliche Mitbetreuung Erkrankung des ZNS / PNS in Alten- / Pflegeheimen	22,96 €
16233 <sup>14</sup>	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	32,85 €
Schmerztherapeutische Leistungen für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist		
30700 <sup>123*</sup>	Grundpauschale Schmerztherapie	35,16 €
30702	Zusatzpauschale zur schmerztherapeutischen Behandlung	54,61 €
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	6,59 €
30708	Beratung und Erörterung im Rahmen der Schmerztherapie, mindestens 10 Minuten, je 10 Minuten	12,96 €

1 1x im Quartal

2 nicht neben anderen Grundpauschalen

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

4 Nicht nebeneinander abrechenbar

\* NEU: Obligater Leistungsinhalt - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä





## 4. SACHKOSTEN ABRECHNUNG



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

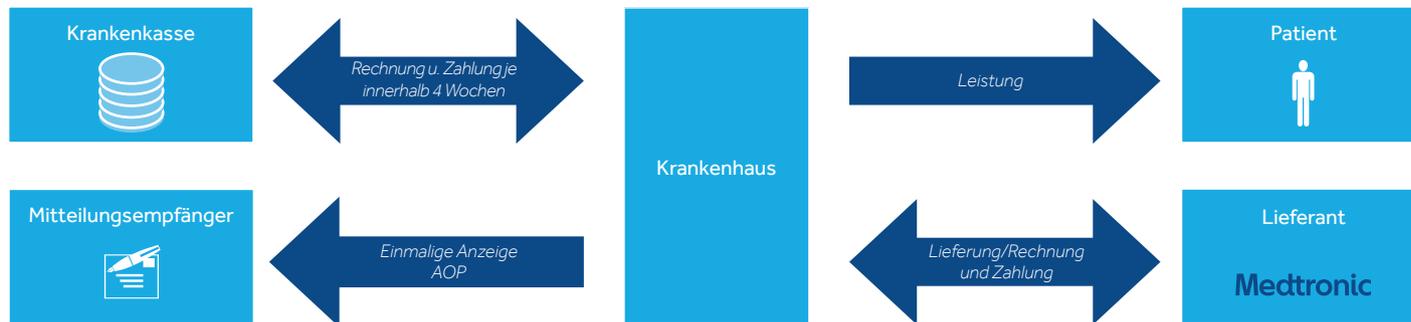
Glossar

## 4.1 Amb. Operieren §115b SGB V

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

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

### Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus - Beziehungsverhältnisse





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 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,





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

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

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

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

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

#### Hinweis des Implantatherstellers

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 4.2 Sachkosten bei vertragsärztlicher Leistungserbringung

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

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

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

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

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

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## Gesetzliche Grundlagen - Auszug -

### Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä)

#### § 44 Sonstige Abrechnungsregelungen

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

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

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

### Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

#### § 13 Rechte und Pflichten der Vertragsärzte; Sprechstunden, Besuche

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

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





Vorwort

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

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

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

Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

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

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

### 4.3 Sachkosten bei privatärztlicher Leistungserbringung

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

## Gebührenordnung für Ärzte

### § 10 Ersatz von Auslagen

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

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

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## 4.4 Hinweis Sachkostenübernahmeantrag

### Testphase

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

### Rezept

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





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## GLOSSAR

### Auslagen § 10 GOÄ

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

### Analog zu den Auslagen gibt es die Abrechnungsmöglichkeit über:

#### Besondere Kosten DKG-NT

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

#### Besondere Kosten BG-NT

Spalte 4 gemäß UV-GOÄ Nebenkostentarif  
BG-Patienten

#### Besondere Heilbehandlung

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

#### STF (Steigerungsfaktor)

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

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

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



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung



Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Stuhlinkontinenz



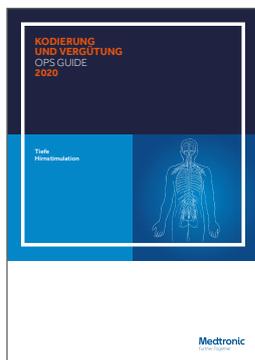
Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Harninkontinenz und Retention



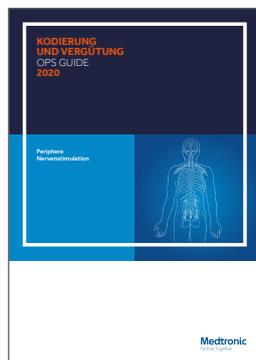
Implantierbares Magenstimulationssystem Enterra® zur Behandlung der Symptome der Gastroparese



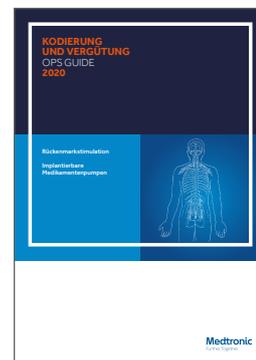
Behandlungspfade zur Neuromodulation Informationen zur Leistungsplanung



OPS Guide  
Tiefe Hirnstimulation



OPS Guide  
Periphere  
Nervenstimulation



OPS Guide  
Rückenmarkstimulation  
Implantierbare  
Medikamentenpumpen

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: [www.medtronic-reimbursement.de](http://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](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)





Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Quelle der  
analogen G-OÄ  
Bewertungen

Abrechnungs-  
beispiele stationäre  
privatärztliche  
OP-Leistungen

Abrechnungs-  
beispiele ambulante  
Versorgung

Sachkosten-  
abrechnung

Glossar

## Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0  
Telefax: +49-2159-81 49-100  
E-Mail: [rs.dusreimbursement@medtronic.com](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 03/2020

### 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.