

Medtronic

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung
in der ambulanten
Versorgung 2025

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen mit dieser Broschüre eine praxisnahe Orientierungshilfe zur Kodierung und Abrechnung unserer Verfahren vorzustellen. Unser Ziel ist es, Sie bei der Leistungsdokumentation in Ihrem klinischen Alltag effizient zu begleiten. Eine Übersicht über weitere Broschüren und Flyer zur Kodierung finden Sie unter

<https://www.medtronic.com/de-de/fachkreise/reimbursement.html>

Mit freundlichen Grüßen

Claire Schippers
Senior Reimbursement Analyst



Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot
2. Arten der Leistungserbringung im Krankenhaus
3. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten
4. AOP Vertrag nach §115 b SGB V
5. Sachkostenabrechnung gesetzlich Versicherte
6. Sachkostenabrechnung privat Versicherte
7. Abrechnungsbeispiele im GKV-System gemäß EBM
8. Abrechnungsbeispiele im PKV-System gemäß GOÄ
9. Literatur & Quellenverzeichnis
10. Glossar
11. Abkürzungsverzeichnis
12. Wichtige Links

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

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

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel



AOP-, EBM-,
GOÄ- und
DRG-Hinweise



Informationen
zur Abrechnung
und Kodierung



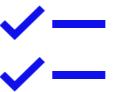
Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kostenträger



Hinweise zum
Strategie- &
Leistungs-
portfolio



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



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

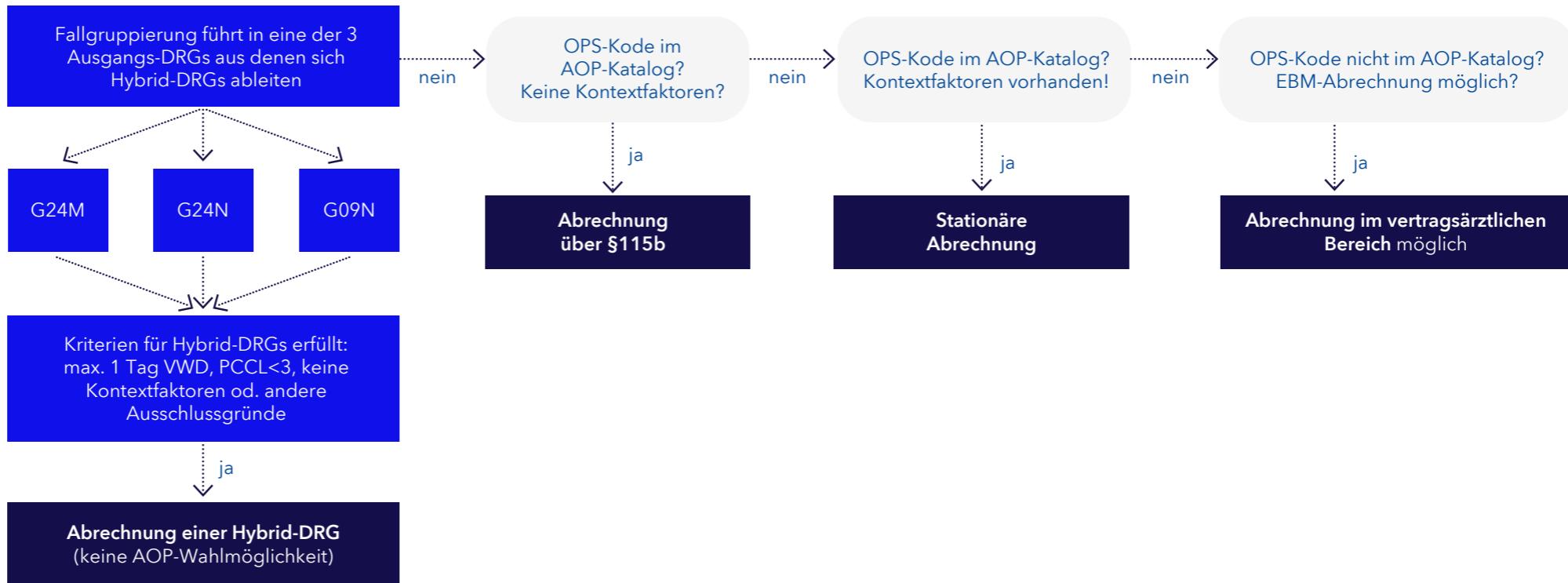
Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG-Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen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

2. Arten der Leistungserbringung im Krankenhaus



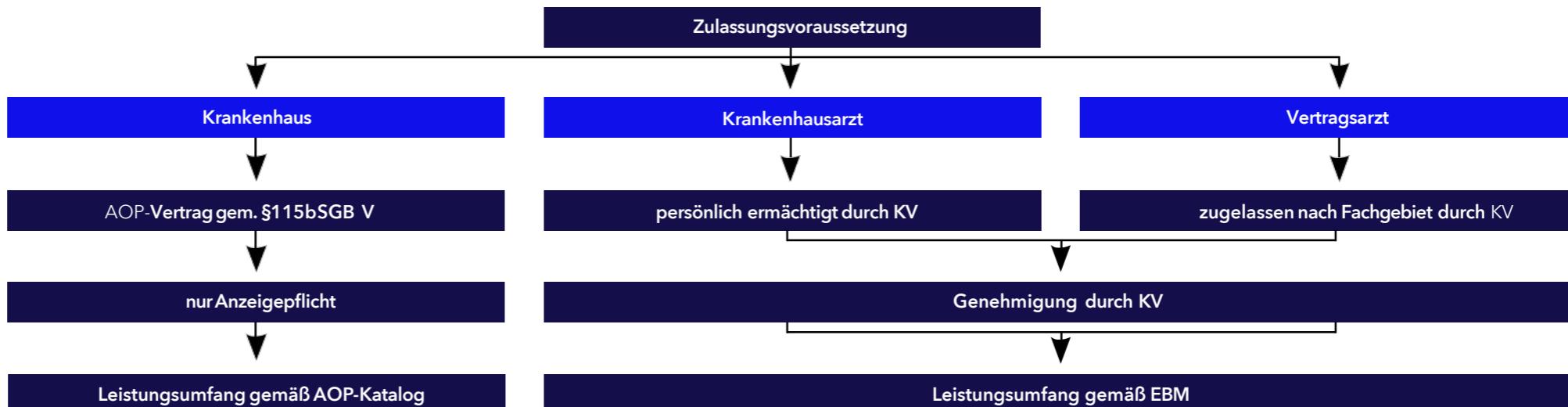
Bei Hybrid-DRG Abrechnung: Herniennetze in der Pauschale bereits enthalten.

3. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Welche Leistungen können sofort ambulant erbracht werden?

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

Zulassungen



Welche Leistungen können sofort ambulant erbracht werden?

- (1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach §3 aufgeführten Eingriffe gemäß §115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.
- (2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelne Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

Zulassung ermächtigter Krankenhausarzt

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

Zulassung Vertragsarzt

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

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

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Sachkostenabrechnung Hernienchirurgie



Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Gesetzliche Grundlagen

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus -- (AOP Vertrag)

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

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



Abrechnungsregeln AOP §115b SGB V

Der Katalog ist mit Wirkung zum 01.01.2022 überarbeitet worden. Im EBM 2025 sind im Anhang 2 die Operationen/Diagnostik aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operationen definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS Codes.

Im dreiseitigen Vertrag

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

wurde die Einigung über die Abrechnungsbestimmungen und der Qualitätssicherung festgelegt. Mit der Definition des OPS Codes wird die abrechenbare Leistungsposition für die Diagnostik, Vor und Nachbetreuung, Material definiert. Im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“, Stand 01.01.2022, sind die Operationen aufgeführt, die vom Krankenhaus abgerechnet werden können:

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP_Katalog_2025.pdf

Zur Förderung des ambulanten Operierens wurden neben einer höheren Vergütung für ausgewählte Operationen, eine Reihe von stationären Eingriffen definiert, die Vertragsärzte seit Januar 2025 erstmals ambulant durchführen können.

Seit dem 01 Januar 2025 ist die Tabelle der ambulanten Operationen im Anhang 2 EBM um die Spalte „Zuschlag Förderung“ erweitert.

4. AOP Vertrag nach §115 b SGB V

Im EBM 2025 sind im Anhang 2 die Operationen aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operationen definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS Codes. Im Kapitel 31 finden sich die Bewertungen der ambulanten Operationen. Im Kapitel 36 sind die Bewertungen der belegärztlichen OP aufgelistet. Es gibt einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus.

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

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- komplex ambulant	Überwa- chungs- komplex be- legärztlich	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Oper- ateur (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b SGB V
5-530.72	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €		Ja

Kategorie: G4 = G = Endoskopischer viszeralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4
4 = Kalkulierte Schnitt Naht Zeit 60 Minuten

AOP Vertrag: ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Anhang 2: ambulante Operationen (Auszug)

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

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b	
5-530.00	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	Hybrid-DRG											
5-530.01	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	Hybrid-DRG											
5-530.02	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	Hybrid-DRG											
5-530.03	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	Hybrid-DRG											
5-530.1	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, mitplastischem Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG											
5-530.31	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material:Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	Hybrid-DRG											
5-530.32	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material:Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	Hybrid-DRG											
5-530.33	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material:Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	Hybrid-DRG											
5-530.34	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material:Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	Hybrid-DRG											
5-530.4	J	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, mitDarmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156 707,29 €	36156 616,45 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31826 408,98 €	36826 263,48 €		Ja	

In Verbindung mit einer Eingruppierung in die G-DRGs G24B und G24C wird unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (VWD max. 1 Tag, PCCL <3, keine Kontextfaktoren) eine Hybrid-DRG erreicht

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwe- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-530.5	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	Ja	
5-530.71	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-530.72	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	Ja	
5-530.73	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	31456 163,96 €	Ja
5-530.74	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	31456 163,96 €	Ja
5-530.8	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156 707,29 €	36156 616,45 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31826 408,98 €	36826 263,48 €	-	
5-530.90	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	Hybrid-DRG										
5-530.91	J	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	Hybrid-DRG										
5-531.0	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-531.1	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-531.31	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	Hybrid-DRG										

In Verbindung mit einer Eingruppierung in die G-DRGs G24B und G24C wird unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (VWD max. 1 Tag, PCCL <3, keine Kontextfaktoren) eine Hybrid-DRG erreicht

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-531.32	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	Hybrid-DRG										
5-531.33	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	Hybrid-DRG										
5-531.34	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	Hybrid-DRG										
5-531.4	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156 707,29 €	36156 616,45 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31826 408,98 €	36826 263,48 €		-
5-531.5	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €		Ja
5-531.71	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €		-
5-531.72	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €		Ja
5-531.73	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €		Ja
5-531.74	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €		Ja
5-531.8	J	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156 707,29 €	36156 616,45 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31826 408,98 €	36826 263,48 €		-
5-534.01	N	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	Hybrid-DRG										

In Verbindung mit einer Eingruppierung in die G-DRGs G24B und G24C wird unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (VWD max. 1 Tag, PCCL <3, keine Kontextfaktoren) eine Hybrid-DRG erreicht

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-535.1	N	Verschlusseiner Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-535.33	N	Verschlusseiner Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-535.34	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	Hybrid-DRG										
5-535.35	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	Hybrid-DRG										
5-535.36	N	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laporoskopisch transperitoneal, mit intra-peritonealem Onlay-Mesh [IPOM]	Hybrid-DRG										
5-535.37	N	Verschlusseiner Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laporoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik	Hybrid-DRG										
5-536.0	N	Verschlusseiner Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-536.10	N	Verschlusseiner Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material	Hybrid-DRG										
5-536.11	N	Verschlusseiner Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	36155 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €		Ja

In Verbindung mit einer Eingruppierung in die G-DRGs G24B und G24C wird unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (VWD max. 1 Tag, PCCL <3, keine Kontextfaktoren) eine Hybrid-DRG erreicht

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-536.45	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-536.46	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-536.47	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-536.48	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154 369,20 €	36154 282,82 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-536.49	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	
5-536.4a	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	G4	31164 400,43 €	36164 313,55 €	31505 121,08 €	36505 14,00 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31824 253,45 €	36824 158,64 €	-	

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-536.4e	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-536.4f	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-536.4g	N	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-536.4h	N	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-538.0	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.1	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.3	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.40	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F5	31155 526,22 €	36155 404,89 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.41	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31165 550,76 €	36165 441,33 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.43	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31197 977,96 €	36197 863,32 €			31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.44	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdominal	J7	31197 977,96 €	36197 863,32 €			31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-538.5	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.6	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.8	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.90	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, abdominal	F7	31157 847,09 €	36157 783,39 €	31507 227,79 €	36507 26,52 €	31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.91	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31165 550,76 €	36165 441,33 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.93	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, transthorakal	J7	31197 977,96 €	36197 863,32 €			31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.94	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch, thorakoabdominal	J7	31197 977,96 €	36197 863,32 €			31612 45,11 €	31613 37,55 €	31827 426,70 €	36827 275,38 €	-	
5-538.a	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material	G5	31165 550,76 €	36165 441,33 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	
5-538.b	N	Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material	G5	31165 550,76 €	36165 441,33 €	31506 172,02 €	36506 19,95 €	31610 37,30 €	31611 29,74 €	31825 340,07 €	36825 217,01 €	-	

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

OPS	Seite	Bezeichnung OPS	Kate- gorie	Opera- tionen ambu- lant	Opera- tionen beleg- ärztlich	Überwa- chungs- kom- plex (ambulant)	Überwa- chungskom- plex (beleg- ärztlich)	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Behandl. komplex Überwei- sung (nur amb.)**	Anäs- thesie ambu- lant	Anäs- thesie beleg- ärztlich	Zuschlag Förde- rung	§115b
5-539.0	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-539.1	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	Hybrid-DRG										
5-539.30	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch	Hybrid-DRG										
5-539.31	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	Hybrid-DRG										
5-539.32	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	Hybrid-DRG										
5-539.4	N	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenes Material	Hybrid-DRG										

In Verbindung mit einer Eingruppierung in die G-DRGs G24B und G24C wird unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (VWD max. 1 Tag, PCCL <3, keine Kontextfaktoren) eine Hybrid-DRG erreicht

5. Sachkostenabrechnung gesetzlich Versicherte

Gesetzlich Versicherte im Vertragsarztbereich

Gemäß jeweils gleichlautendem Absatz 5 des § 44 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV Ä) bzw § 13 Arzt Ersatzkassen Vertrag (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 den Sprechstundenbedarf bezogen werden können sogenannte „ 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 Implantatkosten in zu erwartendem Umfang bis zu dem Zeitpunkt einer automatischen Berücksichtigung in der Vorauszahlungskalkulation anzufragen Wegen der verzögerten Erstattung könnten innerhalb der ersten zwei Quartale nach Leistungsaufnahme auf Seiten des Vertragsarztes Finanzierungskosten anfallen Bitte informieren Sie sich auch bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Darüber hinaus werden die eingereichten Sachkosten i d R nicht mit einem Verwaltungskostenabschlag belegt und sind auch nicht in der Gesamtvergütung enthalten (Ausnahme zum Stand der Drucklegung KV Niedersachsen)

Alternativ kann der Vertragsarzt bei fehlender Bestimmung der rechnungsbegleichenden Stelle durch vertragliche Vereinbarung zwischen der entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigung und den entsprechenden Landesverbänden den gesetzlichen Krankenkassen auch die Originalrechnung mit einer Abtretungserklärung direkt an die Krankenkasse des Patienten zur Erstattung der Implantatkosten direkt an den Medizinproduktehersteller weiterleiten Der Vertragsarzt bestätigt die tatsächlich realisierten Preise auf dem Formular und beauftragt die Krankenkasse mit der Abwicklung der Zahlung der Rechnung des Medizinproduktehersteller Die Krankenkasse des Patienten überweist den Rechnungsbetrag dann direkt an den Medizinproduktehersteller



ReliaTack™

Gesetzlich Versicherte im Krankenhaus

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

Auszug AOP-Vertrag:

§11 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, Verbandmaterialien, 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.
 - Im Körper verbleibende Implantate in Summe,
 - Röntgenkontrastmittel,
 - Nahtmaterial
 - Diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck, und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,
 - Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroskopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),
 - Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroskopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),
 - Trokare, Endoclips und Einmalapplikationen für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen,
 - Narkosegase, Sauerstoff,
 - Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschließlich Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich der Patienteneigenteils,
 - Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
 - Ophtalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
 - Schienen, Kompressionsstrümpfe,
 - (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)
- (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 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 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

- (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 Photosensibilisation (z.B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitäten (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.

6. Sachkostenabrechnung privat Versicherte

Sachkosten bei privatärztlicher Leistungserbringung

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

Gebührenordnung für Ärzte

§ 10 Ersatz von Auslagen

- (1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden
 1. Die Kosten für diejenigen Arzneimitteln, Verbandmitteln 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 gemäß besondere Kosten Spalte 4 DKG NT erfolgen.



PCO12FX

7. Abrechnungsbeispiele im GKV-System gemäß EBM

Gemäß AOP-Vertrag - Krankenhaus

ICD 10	K40.40 Hernia inguinalis, einseitig/einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	
OPS	5-530.72 5-932.4**	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung

Chirurgie

GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	28,63 €
31164	Endoskopischer Viszeralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	313,55 €
31505	Postoperative Überwachung	121,08 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur	37,30 €
		500,56 €
	Auslagenpauschale 7%	35,04 €
		535,60 €

Gewebeersatz*

Gemäß § 11 Abs. 5 SGB V „Sachmittel werden zusätzlich .. nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten: im Körper verbleibende Implantate in Summe -Gewebeersatz - Hernien-Netz“

Anästhesie

GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
05211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11,15 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	253,45 €
		280,96 €
	Auslagenpauschale 7%	19,67 €
		300,63 €

* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Gemäß AOP-Vertrag - Vertragsarzt

Chirurgie - Ambulante OP

GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	28,63 €
31164	Endoskopischer Viszeralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	313,55 €
31505	Postoperative Überwachung	121,08 €
31610	Postoperative Behandlung durch Operateur	37,30 €
		500,56 €
	Auslagenpauschale 7%	-
		500,56 €

Gewebeersatz*

Gemäß § 11 Abs. 5 SGB V „Sachmittel werden zusätzlich .. nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten: im Körper verbleibende Implantate in Summe -Gewebeersatz - Hernien-Netz“

Anästhesie - Ambulante OP

GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
05211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11,15 €
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €
31824	Anästhesie und/oder Narkose	253,45 €
		280,96 €
	Auslagenpauschale 7%	-
		280,96 €

Chirurgie - Belegärztliche OP

GOP	Leistungsbezeichnung	Betrag*
07211	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	28,63 €
36164	Endoskopischer Viszeralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	313,55 €
36505	Postoperative Überwachung	14,00 €
		356,18 €

* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Leistungsbeschreibung der Abrechnungskomplexe gemäß Anlage 2 des EBM 2025

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

Chirurgische Grundpauschalen

Obligator Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Ziffer		Betrag*	Punkte
07210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 18 Min.	28,26 €	228
07211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 18 Min.	28,63 €	231
07212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebens-jahres 21 Min.	33,09 €	267

Die Gebührenordnungspositionen 07 210 bis 07 212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01 436 berechnungsfähig.

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

Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4

Obligator Leistungsinhalt

- 65 Min. • Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Ziffer		Betrag*	Punkte
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	369,20 €	2979

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

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

* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Postoperative Überwachung

Obligator Leistungsinhalt

- 20 Min.
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz
 - Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7
- EKG-Monitoring

Ziffer		Betrag*	Punkte
31154	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31163, 31164, 31173, 31174, 31203, 31204, 31213, 31214, 31225, 31235, 31245, 31255, 31273, 31274, 31283, 31284, 31293, 31294, 31303, 31304, 31313, 31314, 31325, 31335 oder 31345	369,20 €	2979

Die Gebührenordnungsposition 31505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 910, 01 911, 02 100 und 05 350 berechnungsfähig.

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

87 Min.

- Plexusanästhesie und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligator Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05 320
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums
- Legen einer Blutele
- Infusion(en) (Nr. 02 100)
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02 320)
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 321)
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 322)
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02 323)
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02 330)
- Multigasmessung
- Gesteuerte Blutdrucksenkung
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Ziffer		Betrag*	Punkte
31824	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31104, 31114, 31124, 31134, 31144, 31154, 31164, 31174, 31184, 31194, 31204, 31214, 31224, 31234, 31244, 31254, 31264, 31274, 31284, 31294, 31304, 31314, 31324, 31334 oder 31344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: (...)	253,45 €	2045

Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540, 01541, 01542, 01543, 01544, 01545, 01856, 01913, 02100, 02101, 02102, 02300, 02301, 02302, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820, 31821, 31822, 31823, 31825, 31826, 31827, 31840, 31841 berechnungsfähig

* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Postoperative Überwachung

Obligator Leistungsinhalt

- 26 Min.
- Befundkontrolle(n)
 - Befundbesprechung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel
- Drainagewechsel
- Drainageentfernung
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Ziffer		Betrag*	Punkte
31610	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Überweisung durch den Operateur	34,59 €	301

Die Gebührenordnungsposition 31610 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300, 02301, 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350, 06351, 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360, 09361, 09362, 09364, 09365, 10330, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350, 26351, 26352 berechnungsfähig.

Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation

Obligator Leistungsinhalt

- 15 Min.
- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten
 - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde
- In mehreren Sitzungen

einmal im Behandlungsfall

Ziffer		Betrag*	Punkte
05 310	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2, 36.2 oder vor einer geplanten Leistung nach der Gebührenordnungsposition 05320, 05330, 05340, 05341, 05360 oder 05370	15,17 €	132

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

Die Gebührenordnungsposition 05 310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540, 01541, 01542, 01543, 01544, 01545, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100, 02101, 02102, 02342, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 05210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840, 36841 berechnungsfähig.

* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Anästhesiologische Grundpauschalen

Obligator Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen

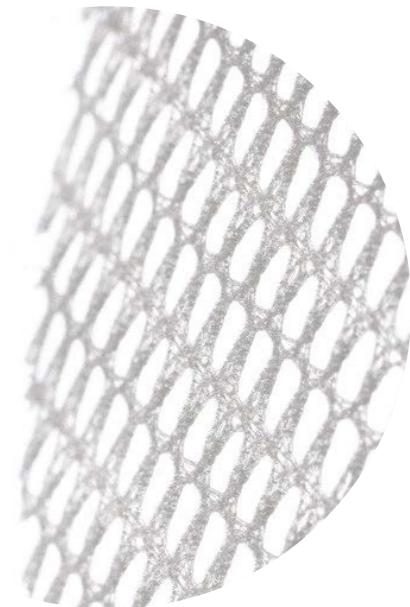
einmal im Behandlungsfall

Ziffer		Betrag*	Punkte
05210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 6 Min.	12,39 €	100
05211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	11,15 €	90
05212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebens-jahres 7 Min.	13,01 €	105

Die Gebührenordnungsposition 05210 bis 05212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540, 01541, 01542, 01543, 01544, 01545, 02100, 02101, 02102 berechnungsfähig.

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

Symbote™
Composite Mi



* berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 12,3934 Cent

8. Abrechnungsbeispiele im PKV-System gemäß GOÄ*

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

- Privatpatienten, Selbstzahler
- Grundlagen der Abrechnung sind in der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) festgeschrieben.
- § 6 GOÄ (Gebühren für andere Leistungen)

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

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

Chirurgie

	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	34	Erörterung (>20 Minuten)	2,3	40,22 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	3,5 ¹	263,17 €
		Besondere Kosten		22,60 €
Tagen nach OP	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, (...)	1,0	128,23 €
	1	Beratung	2,3	10,72 €
	2	Untersuchung	2,3	10,72 €
	75	Bericht	2,3	17,43 €
Summe				514,54 €

Anästhesist

	GOÄ	Leistungsbezeichnung	STF	Betrag
Aufklärung vor OP	1	Beratung	2,3	10,72 €
	7	Körperliche Untersuchung	2,3	21,45 €
OP	462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation bis zu einer Stunde	3,5 ¹	104,04 €
		Besondere Kosten		10,19 €
Tagen nach OP	447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, (...)	1,0	37,89 €
	448	Beobachtung und Betreuung (...) während der Aufwach Aufwach- und/ oder Erholungszeit (...)	1,0	34,97 €
	272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer z.B. E153	2,3	24,13 €
				8,50 €
Summe				514,54 €

* Gebührenordnung für Ärzte

¹ Steigerungsfaktor evtl. anpassen (3,5) bei erhöhtem zeitlichen Aufwand durch Plastik Auslagen gem. § 10 GOÄ Kosten für verbrauchtes Material (z. B. Netze)

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig. Die Berechnung kann nach Einzelposten oder im Krankenhaus gem. besondere Kosten Spalte 4 DKG-NT erfolgen. Zzgl. der Kosten für implantierte Netze. Die Abrechnung der Netze kann auch direkt vom Medizinprodukte-Hersteller an den Patienten erfolgen. Hierzu ist eine Abtretungserklärung erforderlich.

9. Literatur & Quellenverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit (2016): Vertragsärzte. Online verfügbar unter:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/vertragsaerzte.html> [Stand 24.03.2025]
2. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2025): AOP-Katalog 2025. Online verfügbar unter:
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/AOP-Katalog_2025.pdf [Stand 24.03.2025]
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Online verfügbar unter:
<https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [Stand 24.02.2025]
4. GKV-Spitzenverband (2025): Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V. Online verfügbar unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp [Stand 24.03.2025]
5. Online GOÄ-Ziffern 2025. Online verfügbar unter:
<https://abrechnungsstelle.com/goae/ziffern/> [Stand 24.03.2025]

10. Glossar

AOP-Vertrag	Gemäß § 115 b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Der Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag) regelt die Grundsätze der Abrechnung. Anlage zum AOP-Vertrag ist der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus. Zusätzlich existiert ein Meldeformular gemäß § 1 Abs. 2 AOP-Vertrag, mit dem die Krankenhäuser ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber der Krankenkasse anzeigen müssen. (Vgl. GKV-Spitzenverband 2021).
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte. Er wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf Bundesebene vereinbart. Er bestimmt den Inhalt der gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertung einer Leistung im EBM beruht auf betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und setzt sich aus den anteiligen Praxiskosten für diese Leistungen und dem anteiligen kalkulatorischen Arztlohn für diese Leistung zusammen. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Ermächtigte Ärzte	Neben der Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Krankenhausärzten, Krankenhäusern oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Eine Ermächtigung kann durch den Zulassungsausschuss dann erteilt werden, wenn sie notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers dann ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sicher gestellt ist. Dabei legt der Zulassungsausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Nach ihr rechnen Ärzte Patienten ab, die bei privat krankenversichert sind. Sie wird durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen und bestimmt Mindest- und Höchstbeträge für die Gebühren ärztlicher Leistungen. Auch Kassenärzte können danach abrechnen, wenn sie für Patienten Leistungen erbringen, die nicht zum Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, wie Impfberatung für private Auslandsreisen, Sportauglichkeitsprüfungen, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Gebührenordnungsposition (GOP)	Als Gebührenordnungspositionen werden die Leistungen des EBM bezeichnet. Diese fünfstellige GOP wird von dem Arzt im Rahmen seiner Abrechnung angegeben. Neben den im EBM aufgeführte GOPs gibt es Gebührennummern für Leistungen aus regional vereinbarten Sonderverträgen. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)

Synthetische und biologische Netze in der Hernienchirurgie

Kodierung und Vergütung ambulante Versorgung 2025

Gesetzliche Krankenkassen (GKV)	Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungs-krankenkassen (IKK), die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine verpflichtende Versicherung für alle Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Die GKV-Mitgliedschaft kann unter bestimmten Voraussetzungen auch freiwillig erworben werden. Der gesetzliche Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. In der GKV gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip. In Abgrenzung zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist die private Krankenversicherung zu sehen (PKV). (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 freiberuflichen Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In deren Rahmen sorgen sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß § 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt. Jeder Arzt, der eine vertragsärztliche Zulassung hat, ist Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) seiner Region. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Orientierungswert	Der Orientierungswert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit dem Spitzenverband der Krankenkassen. Extrabudgetäre Leistungen werden immer mit dem Orientierungswert vergütet. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Punktwert	Nahezu alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden in Punkten bewertet. Die tatsächliche Vergütungshöhe einer Leistung ergibt sich durch die Multiplikation dieser Punkte mit einem in Cent bemessenen Punktwert. Die extrabudgetären Leistungen werden mit dem Orientierungswert vergütet. Die Punktwerte für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind im HVM geregelt und müssen teilweise jedes Quartal neu ermittelt werden. (Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2021)
Vertragsarzt	Vertragsärzte (früher als "Kassenärzte" bezeichnet) sind Ärzte, die im Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind. Die Zulassung ist an Voraussetzungen gebunden wie zum Beispiel die Approbation, eine Eintragung in das Arztregerister sowie eine Verpflichtung auf die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen der GKV. Sie ist jeweils an einen bestimmten Vertragsarztsitz gebunden. (BMG 2016)

11. Abkürzungsverzeichnis

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

12. Wichtige Links

Landesbasisfallwerte auf der Internetseite des vdek

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2025 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.400,00 €. Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

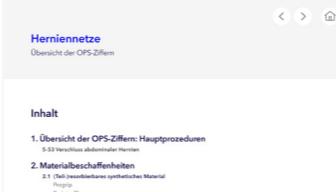
Weitere Informationsbroschüren



Synthetische und biologische
Netze in der Hernienchirurgie
(stationär)



LigaSure™



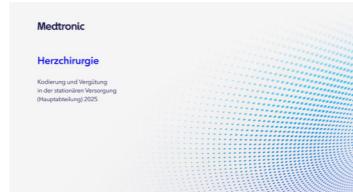
Heniennetze



Transkatheter
Klappenimplantation (TCV)



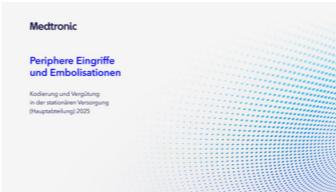
Ablationen



Herzchirurgie



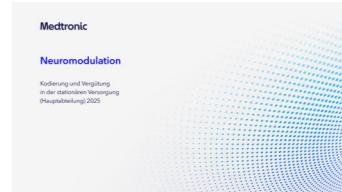
Endovaskuläre Eingriffe
an der Aorta



Periphere Eingriffe und
Embolisationen



Perkutan transluminale Gefäß-
intervention an Koronargefäßen
und Renale Denervierung



Neuromodulation

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

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

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

www.medtronic-reimbursement.de

Ihr Ansprechpartner

Claire Schippers
Senior Reimbursement Analyst

18044173-de-
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2025

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.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.