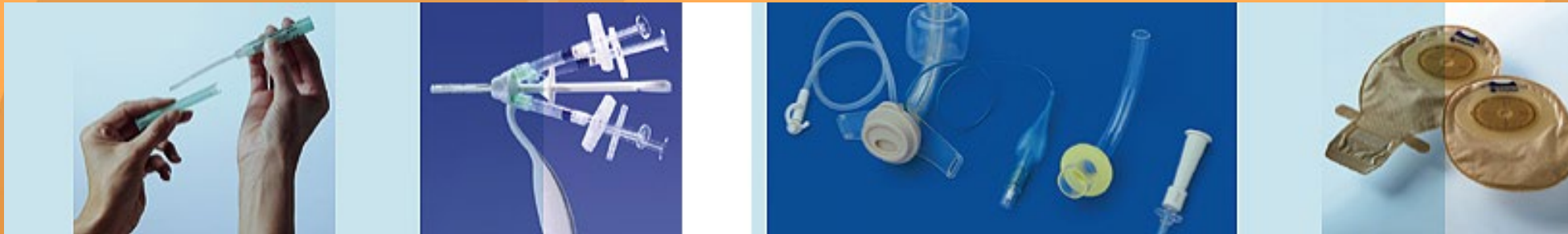


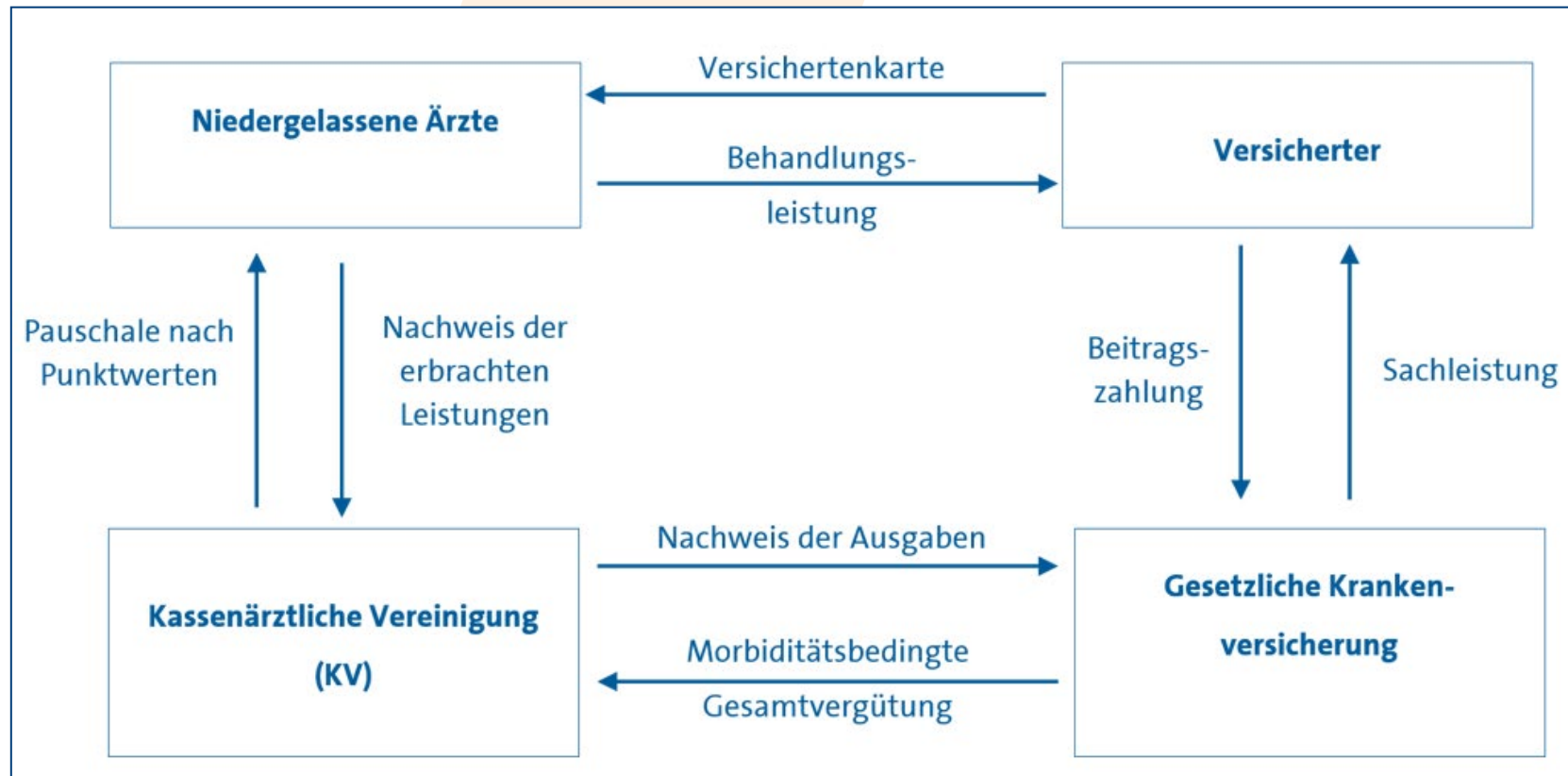
Erstattung von Medizinprodukten in der ambulant-ärztlichen Versorgung

RA Dr. Christian Stallberg, LL.M.



Was sind die Grundprinzipien der vertragsärztlichen Versorgung?

Das „magische Viereck“ in der GKV

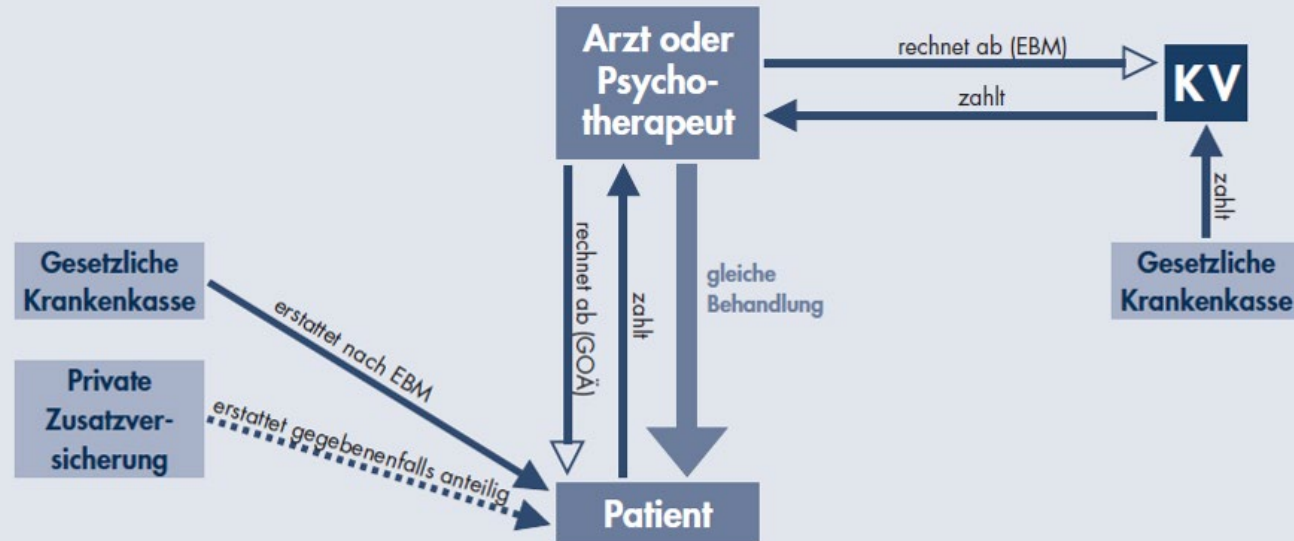


Kostenerstattung in der GKV

Kostenerstattungsmöglichkeiten nach § 13 Abs. 2 SGB V

Kostenerstattungssystem

Sachleistungssystem



Was ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab?

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)

- Der EBM beschreibt den Inhalt ärztlicher Leistungen und legt diese in Euro-Beträgen fest (Euro-Gebührenordnung). Die Preise ergeben sich aus der Punktmenge multipliziert mit dem Orientierungspunktwert
- Er definiert auch Leistungen (Verfahren und Methoden) – §§ 87 SGB V ff.
- Die Leistungen können auch Sachkosten für medizinische Technologien oder Produkte beinhalten.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

EBM



**Wie kommen Innovationen in die
vertragsärztliche Versorgung?**

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)



Ambulanter Bereich

Verbot mit Erlaubnisvorbehalt

- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im ambulanten Bereich nur erbringbar zu Lasten der GKV nach vorheriger Genehmigung durch G-BA



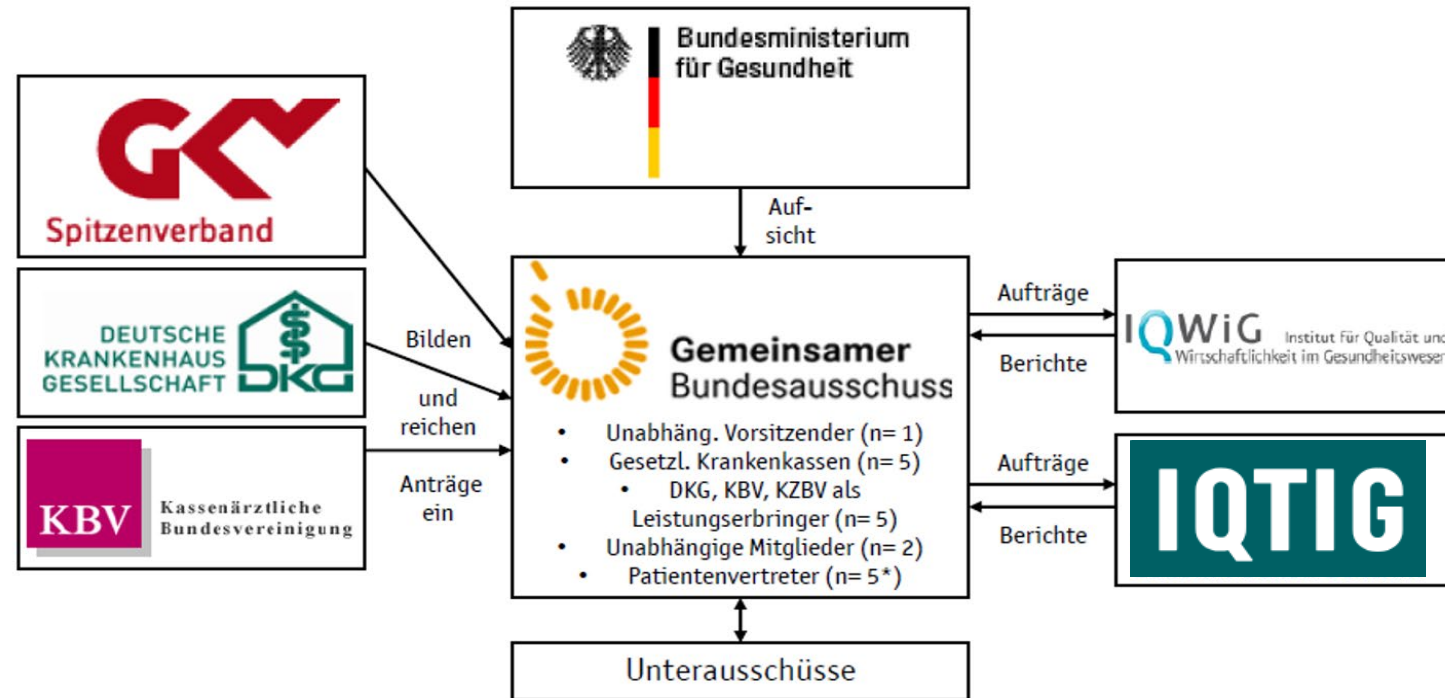
Stationärer Bereich

Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt

- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich können zwar eingeführt werden, ohne dass zuvor Erlaubnis des G-BA vorliegen muss, jedoch muss das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative vorliegen, was nach BSG-Rechtsprechung streng gehandhabt wird

Neue Methoden in der Versorgung der GKV

Wie kommen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizintechnologien in die vertragsärztliche Versorgung der GKV?

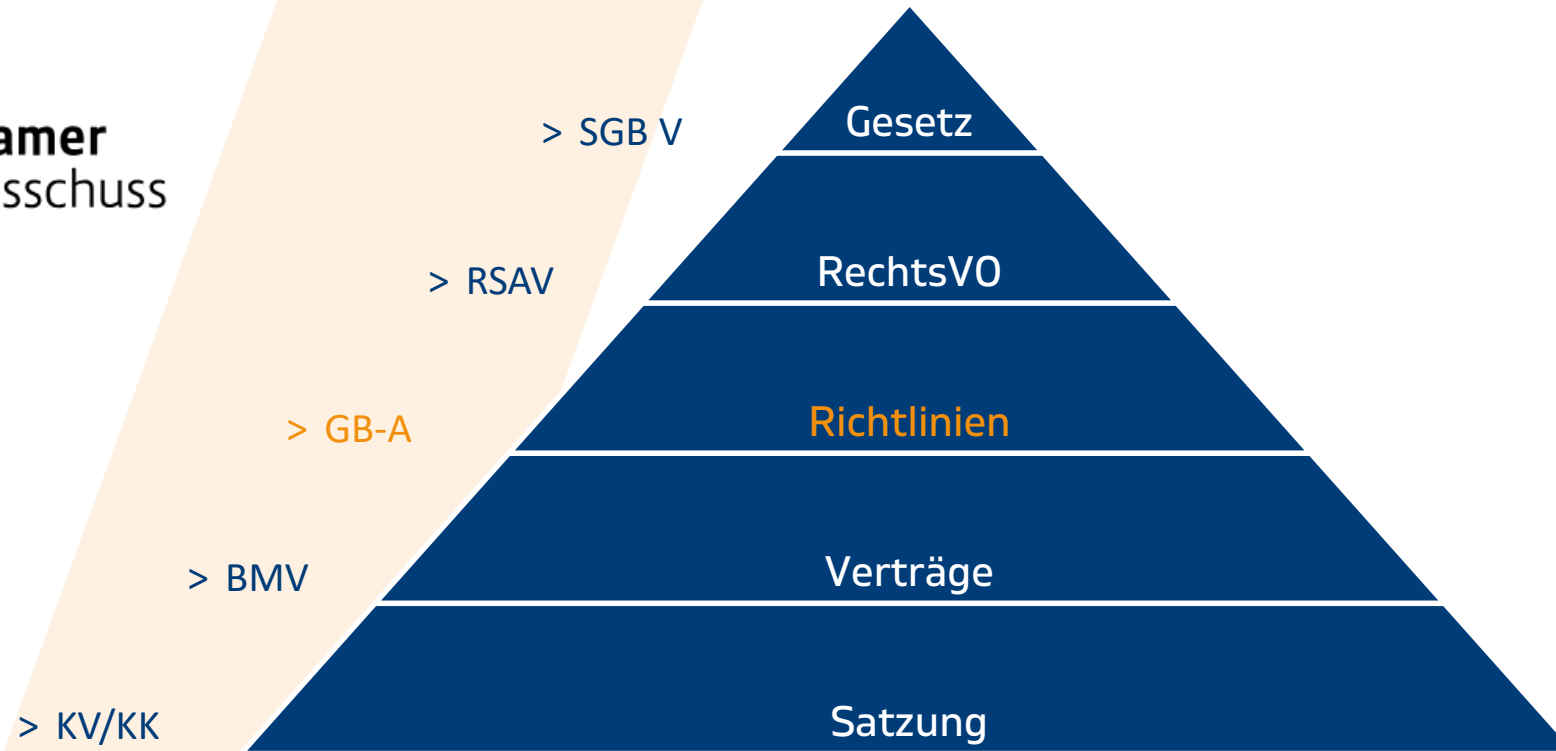


* Patientenvertreter haben nur Antrags- aber kein Stimmrecht.

G-BA – Rechtsstellung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



Richtlinie Methoden



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie zu Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen
Versorgung
(Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

in der Fassung vom 17. Januar 2006
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 48 (S. 1 523) vom 9. März 2006
in Kraft getreten am 1. April 2006

zuletzt geändert am 16. Oktober 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BANz AT 29.12.2025 B3) am 29. Dezember 2025
in Kraft getreten am 30. Dezember 2025

Was ist das Erprobungsverfahren?

Erprobungsregelung im G-BA – § 137e SGB V



- Erprobung von Untersuchungs-und Behandlungsmethoden bei Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative und fehlenden hinreichenden Nutzenbeleg mit Medizinprodukten über G-BA-Richtlinie
- **Antragsrecht auf Erprobung durch Hersteller**
- Beratung durch G-BA für Hersteller
- Studie kann von Hersteller finanziert werden („Bestellprinzip“)
- Verfahrensordnung des G-BA

Die Verfahren

[Presse](#) | [Service](#) | [FAQ](#) | [English](#) | [Leichte Sprache](#) | [Hoher Kontrast](#)

 **Gemeinsamer
Bundesausschuss**

[Über den G-BA](#)  [Themen](#) [Richtlinien](#) [Beschlüsse](#) [Bewertungsverfahren](#) [Studien](#)

 Suchen

[🏠](#) > [Bewertungsverfahren](#) > [Verfahren nach §§ 135, 137c und 137e SGB V](#)

Bewertung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Verfahren nach §§ 135, 137c und 137e SGB V

Sie finden hier die Verfahren des G-BA zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Die Verfahren nach § 135 SGB V betreffen den ambulanten Einsatz, die nach § 137c SGB V den stationären. Zudem sind in der Übersicht die Beratungsverfahren zu Erprobungs-Richtlinien nach § 137e SGB V gelistet. Anhand der veröffentlichten Bekanntmachungen und Beschlüsse kann der aktuelle Verfahrensstand nachvollzogen werden.

Allgemeine Informationen zur Bewertung und Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA finden Sie unter dem Thema [» Methodenbewertung](#).

In einer separaten Übersicht sind die [» Verfahren zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen nach § 137h SGB V](#) einsehbar.

Aufgabenbereich	Therapiegebiet	Status
Alle 	Alle 	Alle 

Neue Abrechnungsziffer



- Nach Verkündung der Richtlinie durch G-BA gibt es noch keine reguläre Abrechnungsziffer im EBM
- Bewertungsausschuss (KBV/GKV-Spitzenverband) legt Abrechnungsziffer fest
- Innerhalb von 6 Monaten Entscheidung nach G-BA-Beschluss
- Ermittlung durch Institut des Bewertungsausschusses
- Zwischenlösung: Abrechnung nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)

Neue Abrechnungsziffer – Bewertungsausschuss



- Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet im Einvernehmen mit dem G-BA Auskunft zu erteilen, ob die Aufnahme einer neuen Leistung in den EBM im Zuständigkeitsbereich des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder ob sich um eine neue Methode nach § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V handelt.

Auskunftsberechtigt:

- > Hersteller von Medizinprodukten und BVMed sowie medizinische Fachgesellschaften und Patientenvertreter

Wie kommen neue Leistungen ins System?

Neue Abrechnungsziffer – Bewertungsausschuss



- Neue Verfahrensordnung des Bewertungsausschusses vom 01. September 2021:

Beratung zur Aufnahme neuer angefragter Leistungen

Antragsberechtigt:

- > Ärztliche Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften, Herstellerverbände, Träger des Bewertungsausschusses

**Wie werden Sachkosten in der
vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet?**

1. Praxisbedarf...

- > wird nicht personenbezogen verordnet
- > wird vom Arzt selbst eingekauft und bezahlt
- > die Kosten sind über Gebühr (EBM/GOÄ) für ärztliche Leistung abgegolten

Vergütung nach EBM | Kapitel 7.1 – die Allg. Bestimmungen

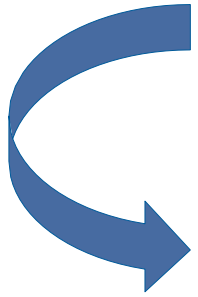
1. Praxisbedarf
2. Sachkostenpauschale
3. Sprechstundenbedarf
4. Einzelverordnung
5. Gesonderte Sachkosten



EBM Allgemeine Bestimmungen Punkt 7.1

In den Gebührenordnungspositionen sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – enthalten:

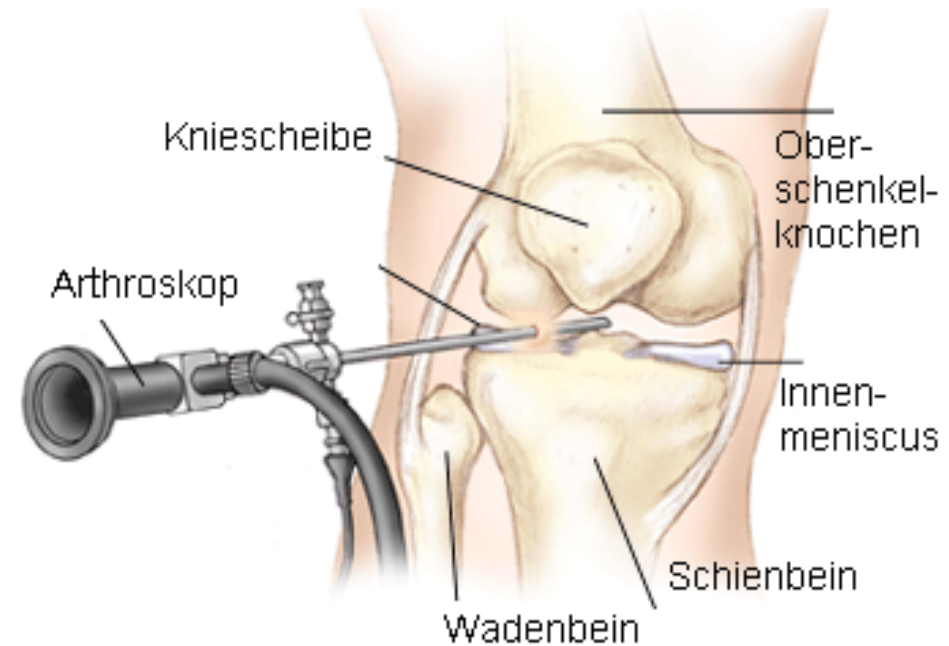
- > Allgemeine Praxiskosten,
- > Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- > Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets,
- > Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen



2. Sachkostenpauschalen

Vergütung nach EBM | Kapitel 40

1. Praxisbedarf
2. **Sachkostenpauschale**
3. Sprechstundenbedarf
4. Einzelverordnung
5. Gesonderte Sachkosten



Leistungsbezogene Sachkostenpauschalen des Kapitels 40

- > Einführung zum 1. April 2005
- > bisherige leistungsbezogene Kostenpauschalen inklusiv Medizinprodukte für:
 - Herzkatheteruntersuchungen und koronare Rekanalisations-behandlungen (40.6)
 - interventionelle Eingriffe (40.8)
 - Radionuklide (40.10)
 - Sachkosten für endoskopische Gelenkeingriffe inklusiv Arthroskopielösungen (40.13)
 - Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatz- verfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren (40.14)
 - Sachkosten der Strahlentherapie (40.15)
 - Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening (40.16)
 - Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei Vakuumversiegelungstherapie (40.17)
 - Kostenpauschalen für die erforderliche Geräteausstattung im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (40.18)

Gesonderte ärztliche Abrechnung von Sachkosten

2026/Q1 ▾

EBM-Ansicht Anhang2-Ansicht Quartalsvergleich

Seite des EBM

⏪

↗

↘

⏩

🖨

📄

☆

- > I Allgemeine Bestimmungen
- > II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- > III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
- > IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- > V Kostenpauschalen
- > VI Anhänge
- > VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen
- > VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

40752

Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen

PUNKTE	200.00 EURO	⊗ Nicht berichtspflichtig	⊙ fachärztliche Grundversorgung
--------	----------------	------------------------------	------------------------------------

Beschreibung
 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen **31143** und **31144**

Gesonderte ärztliche Abrechnung von Sachkosten

2026/Q1

EBM-Ansicht

Anhang2-Ansicht

Quartalsvergleich

Seite des EBM

◀

↗

↘

↔

🖨️

📄

☆

> I Allgemeine Bestimmungen

> II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

> III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

> IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen

> V Kostenpauschalen

> VI Anhänge

> VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

> VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

40302 Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie

PUNKTE	1058.40 EURO	⊗ Nicht berichtspflichtig	⊙ fachärztliche Grundversorgung
--------	-----------------	------------------------------	------------------------------------

Beschreibung
 Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292

Anmerkung
 Die Kostenpauschale nach der Nr. 40302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.



3. Sprechstundenbedarf (SSB)

Mittel,

die ihrer Art nach **an mehr als einem Berechtigten** im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden

oder

bei Notfällen **mehr als einem Berechtigten** zur Verfügung stehen

Regelung durch regionale SSB-Vereinbarungen mit den 17 KVen

1. Praxisbedarf
2. Sachkostenpauschale
3. **Sprechstundenbedarf**
4. Einzelverordnung
5. Gesonderte Sachkosten

Was zählt im Einzelnen zum SSB? (1)

Verband- und Nahtmittel

- > Mullbinden
- > Verbandwatte
- > Tupfer

Mittel zur Narkose und örtlichen Betäubung

- > Inhalationsnarkotika
- > medizinische Gase zur Narkose (Lachgas, Sauerstoff)

Desinfektionsmittel zur Anwendung am Patienten

- > Äther
- > Alkoholtupfer
- > Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhäute und/oder Wunden

Was zählt im Einzelnen zum SSB? (2)

Reagenzien und Schnelltests

- > Testmaterialien für Harnuntersuchungen auf Eiweiß und/oder Zucker

Mittel zur Diagnostik und Therapie

- > Abdruckmittel (z. B. Gips)
- > Einmalinfusionsbestecke

Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung

- > Antibiotika
- > schmerzstillende, krampflösende und beruhigende Mittel

Impfstoffe

- > Diphtherie/Tetanus

Was muss der Vertragsarzt tun, um den SSB zu erhalten?

Erstellung einer Verordnung zu Lasten der in der SSB-Vereinbarung genannten Krankenkasse(n)

Das Formular ist in folgende Abschnitte unterteilt:

- Kassenwahl:** AOK, LKK, BKK, IKK, VdAK, AEV, Knappschaft, UV* (mit grüner Markierung über dem Feld 7).
- Gebühr:** frei.
- Geb.-pfl.:** (mit grüner Markierung über dem Feld 8).
- noctu:** (mit grüner Markierung über dem Feld 9).
- Sonstige:** (mit grüner Markierung über dem Feld 6).
- Unfall:** (mit grüner Markierung über dem Feld 7).
- Arbeitsunfall*):** (mit grüner Markierung über dem Feld 8).
- Vertragsarzt-Nr.:** (mit grüner Markierung über dem Feld 9).
- VK gültig bis:** (mit grüner Markierung über dem Feld 6).
- Datum:** (mit grüner Markierung über dem Feld 7).
- Rp. (Bitte Leerräume durchschneiden):** (mit grüner Markierung über dem Feld 8).
- aut. idem:** (mit grüner Markierung über dem Feld 9).
- aut. idem:** (mit grüner Markierung über dem Feld 6).
- aut. idem:** (mit grüner Markierung über dem Feld 7).
- Vertragsarztstempel:** (mit grüner Markierung über dem Feld 8).
- Unterschrift des Arztes:** (mit grüner Markierung über dem Feld 9).

Das Formular ist mit einem Wasserzeichen 'MUSTER' versehen. Unten rechts steht: 'Muster 16 (4. 1995)'.

Woher kann/muss der Vertragsarzt den SSB beziehen?

Dies ist abhängig von der jeweiligen SSB-Vereinbarung der einzelnen KVen

z. B.

- > Apotheken
- > Fachhandel
- > Hersteller

Anlage 1 zur SSB-Vereinbarung KV Nordrhein

Quelle:
https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/verordnungen/ssb/anlage_1_ssb.pdf?v=1767771676



Engagiert für Gesundheit.



Auflistung | Sprechstundenbedarf

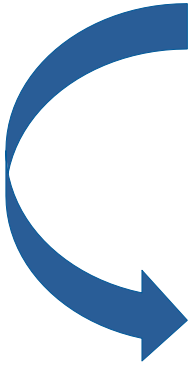
Anlage 1 der Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB)

Version: 2.11
Stand: 10.12.2025 gültig ab 01.01.2026

4. Einzelverordnung

- > Arzneimittel
- > Verbandmittel
- > Hilfsmittel
- > Arzneimittelähnliche Medizinprodukte

1. Praxisbedarf
2. Sachkostenpauschale
3. Sprechstundenbedarf
4. **Einzelverordnung**
5. Gesonderte Sachkosten



5. Gesonderte Sachkostenregelung

Vergütung nach EBM | Kapitel 7.3

1. Praxisbedarf
2. Sachkostenpauschale
3. Sprechstundenbedarf
4. Einzelverordnung
5. **Gesonderte Sachkosten**

EBM Allgemeine Bestimmungen Punkt 7.3

In den Gebührenordnungspositionen sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – nicht enthalten:

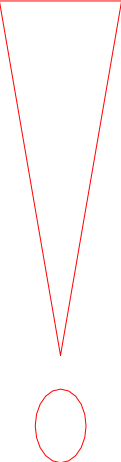
- > Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält,**
- > Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln,**
- > Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss.**

Gesonderte ärztliche Abrechnung von Sachkosten

Sachkosten (Medizinprodukte), die:

1. weder mit den EBM-Gebühren abgegolten sind (**Praxisbedarf**),
2. nicht im Kapitel 40 EBM aufgelistet sind (**Sachkostenpauschalen**),
3. noch über den **Sprechstundenbedarf** ersetzt werden und
4. nicht separat als Verbandmittel, arzneimittelähnliches Medizinprodukt oder Hilfsmittel erstattet werden (**Einzelverordnung**),
5. kann der Arzt gesondert in Rechnung stellen (**Gesonderte Sachkosten**).

Ob und wie Rechnungen bei der KV/Kasse einzureichen sind, richtet sich nach den jeweiligen regionalen Regelungen



Für die Zuordnung
der
Kostenerstattung
ist diese
Reihenfolge
zwingend zu
berücksichtigen

Regelungen des Bundesmantelvertrag

§ 44 Abs. 6 | Sonstige Abrechnungsregelungen

- > Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit
- > Unterlagen sind im Original einzureichen, unter Angabe von mindestens:
 - > Name des Herstellers
 - > Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
 - > Versichertennummer des Patienten
- > Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen

Sachkosten- information



Die Stimme der deutschen
MedTech-Branche

[Kontakt](#) [Presse](#) [Newsletter](#)      

[Branche](#) [Themen](#) [Verband](#) [Akademie](#) [Institut](#) [Suche](#) [Mein BVMed](#)

[/ Themen](#) [/ Ambulante Versorgung](#) [/ Sachkostenabrechnung von Medizinprodukten in der vertragsärztlichen...](#)

EBM

Sachkostenabrechnung von Medizinprodukten in der vertragsärztlichen Versorgung

BVMed-Infoblatt

Artikel 05.11.2018

 Ihr Kontakt zu uns

 Seite teilen  Seite drucken  Vorlesefunktion

Hinweis: Aufgrund der kürzlich veröffentlichten Fortschreibung der Produktgruppe 12 (Hilfsmittel bei Tracheostoma) i.V.m. der Produktgruppe 27 (Sprechhilfen) befindet sich das Infoblatt derzeit in der Überarbeitung.

20.06.2017 | Die Regelungen zur Erstattung von Materialkosten sind in den allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Kapitel I Nr. 7 enthalten oder in Zusatzverträgen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Die medizinischen Sachkosten sind immer nur im Zusammenhang mit Leistungen des EBM abzurechnen. Für die Zuordnung der Kostenerstattung ist folgende Reihenfolge zwingend zu berücksichtigen:

- a. **Praxisbedarf** (Einmalhandschuhe, Einmalspritzen, etc.) (Nr. 71); bereits in EBM-Ziffern enthalten
- b. **Kostenpauschalen des Kapitel 40**
- c. **Sprechstundenbedarf**
- d. **Einzelverordnung**, z. B. arzneimittelähnliche Medizinprodukte, Hilfs- oder Verbandmittel.

In Abhängigkeit der jeweiligen KV-spezifischen Regelungen sind die Medizinprodukte, die nicht unter die