

 Abrechnung erfolgreich und optimal

Peter M. Hermanns *Hrsg.*

EBM 2019 Kommentar

Mit Punktangaben, Eurobeträgen,
Ausschlüssen, GOÄ Hinweisen

Unter Mitarbeit von
G. Diep, C. Wiesner

9. Auflage

 Springer

Abrechnung erfolgreich und optimal

Gute Leistung muss gut bezahlt werden

Je besser Ihre Kenntnis im komplexen Feld der Abrechnung medizinischer Leistungen ist, desto besser ist das Ergebnis für Ihre Praxis bzw. Klinik.

Abrechenbarkeit, Steigerungssätze, analoge Bewertungen, mögliche Ausschlüsse, aktuelle Gerichtsurteile ...

Praktische Abrechnungstipps, Auslegungshinweise, Beschlüsse, Richtlinien von KBV und regionalen KVen, G-BA, SGB, BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen, Berufsverbänden, PVS ...

Kassenpatient, Privatpatient, Selbstzahler:

Alle Informationen für die erfolgreich optimierte Abrechnung korrekt, vollständig, verlässlich

Peter M. Hermanns
(Hrsg.)

EBM 2019

Kommentar

Mit Punktangaben, Eurobeträgen,
Ausschlüssen, GOÄ Hinweisen

9., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von Godehard Diep und Claudia Wiesner



Springer

Hrsg.

Peter M. Hermanns

medical text Dr. Hermanns

München, Deutschland

Ursprünglich erschienen bei Elsevier GmbH, München, 6. Auflage 2016; Elsevier GmbH, München, 7. Auflage 2017. Dieses Werk basiert auf Inhalten der Datenbank <http://arztundabrechnung.de>, Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

ISSN 2522-0217

ISSN 2522-0225 (electronic)

Abrechnung erfolgreich und optimal

ISBN 978-3-662-58270-1

ISBN 978-3-662-58271-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58271-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2015, 2018, 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © stockphoto-graf / stock.adobe.com, ID: 144594370

Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Inhalt

Herausgeber und Autoren	XV
Abkürzungsverzeichnis	XVI
Vorwort	XIX
Immer wieder die Frage: Was dürfen die Fachgruppen abrechnen?	XXI
I Allgemeine Bestimmungen	1
1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur	1
1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen	1
1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche	1
1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen.....	2
1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe	2
1.3 Qualifikationsvoraussetzungen	2
1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.....	3
1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	4
1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenord- nungspositionen)	4
1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung	5
1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen ...	6
2 Erbringung der Leistungen	6
2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung	6
2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte	7
2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung	7
2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.....	7
2.1.4 Berichtspflicht	8
2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht	9
2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen	10
2.2 Persönliche Leistungserbringung	10
2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute	13
3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall	14
3.1 Behandlungsfall	14
3.2 Krankheitsfall	15
3.3 Betriebsstättenfall.....	15
3.4 Arztfall	15
4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen	16
4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	16
4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen.....	17
4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung.....	17
4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung	17
4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt.....	17
4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen	18
4.3.3 Mindestkontakte.....	19
4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit.....	19
4.3.5 Altersgruppen	19
4.3.6 Labor	20
4.3.7 Operative Eingriffe	20
4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung	21

5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte		22
5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen		22
5.2 Kennzeichnungspflicht		22
5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen		22
6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind		23
6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale		23
6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen		23
6.2.1 Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3		24
6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung		24
7 Kosten		24
7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten		24
7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten		25
7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten		25
7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten		26
II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen		27
Kapitel Bereich EBM-Nrn. Seite		
1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen		28
1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100–01102	28
1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01205–01226	31
1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320–01321	41
1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01410–01461	43
1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510–01531	59
1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600–01642	63
1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterchaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01700–01701	74
1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01702–01727	75
1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen	01730–01748	90
1.7.3 Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	01750–01759	105
1.7.4 Mutterschaftsvorsorge	01770–01816	110
1.7.5 Empfängnisregelung	01820–01840	124
1.7.6 Sterilisation	01850–01857	131
1.7.7 Schwangerschaftsabbruch	01900–01915	133
1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01949–01960	139
2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		146
2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100–02120	146
2.2 Tuberkulintestung	02200	148
2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300–02360	148
2.4 Diagnostische Verfahren, Tests	02400–02401	161
2.5 Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500–02520	161

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	165
III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich	165
3 Hausärztlicher Versorgungsbereich	165
3.1 Präambel	165
3.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung	169
3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichs-spezifische Vorhaltung	169
3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschale	03000–03030 169
3.2.1.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	03040–03065 171
3.2.2 Chronikerpauschale, Gesprächsleistung	03220–03230 178
3.2.3 Besondere Leistungen	03241–03355 181
3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung	03360–03362 185
3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung	03370–03373 187
4 Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin	190
4.1 Präambel	190
4.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	193
4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichs-spezifische Vorhaltung	04000–04040 193
4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	04220–04230 196
4.2.3 Besondere Leistungen	04241–04354 198
4.2.4 Sozialpädiatrische Versorgung	04355–04356 202
4.2.5 Palliativmedizinische Versorgung	04370–04373 205
4.4 Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	207
4.4.1 Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie	04410–04420 207
4.4.2 Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen	04430–04439 212
4.4.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie	04441–04443 215
4.5 Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung	216
4.5.1 Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen	04511–04529 216
4.5.2 Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen	04530–04537 222
4.5.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie	04550–04551 224
4.5.4 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse	04560–04573 226
4.5.5 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie	04580 230
III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich	231
5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen	231
5.1 Präambel	231
5.2 Anästhesiologische Grundpauschalen	05210–05230 234
5.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	05310–05350 236
5.4 Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4	05360–05372 239
6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen	242
6.1 Präambel	242
6.2 Augenärztliche Grundpauschalen	06210–06227 244
6.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	06310–06352 246

7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen.....	256
7.1 Präambel	256
7.2 Chirurgische Grundpauschalen.....	07210–07227 259
7.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	07310–07345 260
8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen.....	265
8.1 Präambel	265
8.2 Frauenärztliche Grundpauschalen	08210–08231 268
8.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	08310–08345 270
8.4 Geburtshilfe.....	08410–08416 275
8.5 Reproduktionsmedizin.....	08510–08574 277
9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen	286
9.1 Präambel	286
9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen.....	09210–09227 290
9.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	09310–09375 291
10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen.....	307
10.1 Präambel	307
10.2 Hautärztliche Grundpauschalen.....	10210–10227 309
10.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10310–10350 311
11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen.....	319
11.1 Präambel	320
11.2 Humangenetische Grundpauschalen.....	11210–11212 322
11.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen	11230–11236 323
11.4 Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik	326
11.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	11301–11304 327
11.4.2 Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen.....	11351–11449 329
11.4.3 In-Vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen	11501–11518 333
11.4.4 Allgemeine in-Vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	11521–11522 336
12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen.....	337
12.1 Präambel	337
12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen.....	12210–12225 339
13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin.....	341
13.1 Präambel	341
13.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung	344
13.2.1 Internistische Grundpauschalen.....	13210–13227 344
13.2.2 Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen.....	346
13.2.2.1 Präambel	346
13.2.2.2 Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungs- positionen	13250 347
13.2.2.3 Weitere, nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige GOPs.....	13251–13260 349
13.3 Schwerpunktorientierte internistische Versorgung.....	352
13.3.1 Angiologische Gebührenordnungspositionen	13290–13311 352
13.3.2 Endokrinologische Gebührenordnungspositionen	13340–13360 357
13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen	13390–13439 359
13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen	13490–13502 371
13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen	13540–13576 373
13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse	13590–13622 382
13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen	13640–13677 391
13.3.8 Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie	13690–13701 398

14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.	401
14.1 Präambel	401
14.2 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen	14210–14217 402
14.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	14220–14331 404
15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	410
15.1 Präambel	410
15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen	15210–15212 412
15.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	15310–15345 413
16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen	418
16.1 Präambel	418
16.2 Neurologische Grundpauschalen	16210–16218 420
16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16220–16371 422
17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen	429
17.1 Präambel	429
17.2 Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen	17210–17214 431
17.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17310–17373 431
18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen	438
18.1 Präambel	438
18.2 Orthopädische Grundpauschalen	18210–18227 440
18.3 Diagnostische und therapeutische Gebühren- ordnungspositionen	18310–18700 441
19 Pathologische Gebührenordnungspositionen	447
19.1 Präambel	447
19.2 Pathologische Konsiliarpauschalen	19210 449
19.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen	19310–19332 449
19.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	452
19.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19401–19406 453
19.4.2 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	19410–19426 454
19.4.3 Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien...	19430–19439 456
19.4.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie	19450–19460 457
20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	460
20.1 Präambel	460
20.2 Phoniatrie und pädaudiologische Grundpauschalen	20210–20227 463
20.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	20310–20378 464
21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)	478
21.1 Präambel	478
21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	21210–21219 480
21.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21220–21340 482
22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)	490
22.1 Präambel	490
22.2 Psychosomatisch und Psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen	22210–22219 492
22.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	22220–22230 493
23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	496
23.1 Präambel	496
23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen	23210–23218 498
23.3 Therapeutische Gebührenordnungsposition	23220 500

24 Radiologische Gebührenordnungspositionen	502
24.1 Präambel	502
24.2 Radiologische Konsiliarpauschalen	24210–24212 504
25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen	505
25.1 Präambel	505
25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen	25210–25214 507
25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	508
25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310 508
25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1MeV)	25320–25323 509
25.3.3 Brachytherapie	25330–25333 510
25.3.4 Bestrahlungsplanung	25340–25342 511
26 Urologische Gebührenordnungspositionen	513
26.1 Präambel	513
26.2 Urologische Grundpauschalen	26210–26227 516
26.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	26310–26352 518
27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin	527
27.1 Präambel	527
27.2 Physikalisch rehabilitative Grundpauschale	27210–27227 529
27.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	27310–27333 531

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen

berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	535
30 Spezielle Versorgungsbereiche	535
30.1 Allergologie	535
30.1.1 Allergie-Testungen	30110–30111 535
30.1.2 Provokations-Testungen	30120–30123 536
30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130–30131 538
30.2 Chirotherapie und Hyperbare Sauerstofftherapie	538
30.2.1 Chirotherapie	30200–30201 538
30.2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	30210–30218 539
30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300–30301 544
30.4 Physikalische Therapie	30400–30431 545
30.5 Phlebologie	30500–30501 549
30.6 Proktologie	30600–30611 550
30.7 Schmerztherapie	552
30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700–30708 553
30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710–30760 561
30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	30790–30791 565
30.8 Soziotherapie	30800–30811 570
30.9 Schlafstörungsdiagnostik	30900–30901 572
30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	30920–30924 575
30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage 1 Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	30930–30935 577
30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA	584
30.12.1 Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30940–30952 585
30.12.2 Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30954–30956 589
30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	30980–30988 589

31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	593
31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen	593
31.1.1 Präambel	593
31.1.2 Präoperative Gebührenordnungspositionen	31010–31013 594
Die Leistungen der Gebührenpositionen für ambulantes Operieren, Anästhesie, praeoperative und fachärztliche postoperative Gebührenpositionen der Kapitel 31.2.2 bis 31.2.13 und 31.4.3 bis 31.5.3 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit Kommentaren aufgenommen.	
31.2 Ambulante Operationen	597
31.2.1 Präambel	597
31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	600
31.6.1 Präambel	600
31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	31900–31946 602
32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie Transfusionsmedizin	606
32.1 Grundleistungen	32001 608
32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	614
32.2.1 Basisuntersuchungen	32025–32042 615
32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen	32045–32052 618
32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen	32055–32107 620
32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen	32110–32117 625
32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120–32125 626
32.2.6 Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128–32150 627
32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen	32151–32152 630
32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32880–32882 631
32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen	632
32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen	32155–32187 633
32.3.2 Funktionsuntersuchungen	32190–32198 635
32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen	32203–32229 637
32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen	32230–32421 640
32.3.5 Immunologische Untersuchungen	32426–32533 657
32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen	32540–32556 667
32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen	32560–32670 669
32.3.8 Parasitologische Untersuchungen	32680–32682 681
32.3.9 Mykologische Untersuchungen	32685–32692 682
32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen	32700–32775 684
32.3.11 Virologische Untersuchungen	32780–32795 693
32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen	32819–32859 695
32.3.14 Molekulargenetische Untersuchungen	32860–32865 701
32.3.15 Immungenetische Untersuchungen	701
32.3.15.1 Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32901–32918 701
32.3.15.2 Allgemeine immungenetische Untersuchungen	32931–32949 704
33 Ultraschalldiagnostik	33000–33092 707
34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, CT, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie mit CT	719
34.1 Präambel	719
34.2 Diagnostische Radiologie	721
34.2.1 Schädel, Halsweichteile	34210–34212 721
34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34220–34223 721
34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien	34230–34238 722

34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens	34240–34252	726
34.2.5	Urogenitalorgane	34255–34257	729
34.2.6	Gangsysteme	34260	730
34.2.7	Mammographie	34270–34275	730
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen	34280–34282	732
34.2.9	Gefäße	34283–34298	733
34.3	Computertomographie		738
34.3.1	Neurocranium und Wirbelsäule	34310–34312	738
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34320–34322	739
34.3.3	Thorax	34330	740
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34340–34345	740
34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	34350–34351	741
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT	34360	742
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie		743
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule	34410–34411	744
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34420–34422	744
34.4.3	Thorax	34430–34431	745
34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34440–34442	746
34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	34450–34452	747
34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT	34460	748
34.4.7	MRT-Angiographien	34470–34492	748
34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	34500–34505	751
34.6	Osteodensitometrie	34600–34601	754
34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) (PET/CT)	34700–34703	754
34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	34800–34821	759
35	Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)	35100–35152	763
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100–35152	764
35.2	Antragspflichtige Leistungen		771
35.2.1	Einzeltherapien	35401–35425	775
35.2.2	Gruppentherapien	35503–35559	779
35.2.3	Zuschläge	35571–35573	782
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600–35602	783
36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	36100–36152	785
36.1	Präambel		785
36.2	Belegärztliche Operationen		786
36.2.1	Präambel		786
Die Leistungen der belegärztlichen Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung der Kapitel 36.2.2 bis 36.6.3 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit Kommentaren aufgenommen.			
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)	37100–37120	790
37.1	Präambel		790
37.2	Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	37100–37120	791
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä	37300–37320	793
38	Delegationsfähige Leistungen	38100–38105	800
38.1	Präambel		801
38.2	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern	38100–38105	802
38.3	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten, nicht ärztlichen Praxisassistenten	38200–38207	803

V Kostenpauschalen	807
40 Kostenpauschalen	807
40.1 Präambel	807
40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersu- chungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien.....	40100–40106 807
40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax.....	40120–40126 809
40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklerosierungsnaedeln, für Besuche durch Mitarbeiter	40142–40161 810
40.6 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheter- untersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen .	40300–40306 811
40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe	40454–40455 812
40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40500–40584 812
40.11 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophtalmologische Eingriffe	40680 815
40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen.....	40750–40754 815
40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienst- leistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	40815–40838 816
40.15 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie	40840–40841 820
40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie- Screening.....	40850–40855 820
VI Anhänge	821
1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen	821
2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36	831
3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V	832
4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen	833
VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen ..	835
50 Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ...	839
50.1 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfach- ärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose.....	50100–50112 840
51 Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	844
51.1 Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).....	51010–51011 844
51.3 Psychotherapeutische Leistungen	51030–51033 844
51.4 Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen.....	51040–51041 845
51.5 Augenärztliche Gebührenpositionen	51050 846

Schutzimpfungen.....	849
Informationen der KBV: Vergütung in der ASV: Beschluss zur Definition des Behandlungsfalls.....	853
Rechtsprechung: Urteile zu GKV-Abrechnungen und Behandlungen	855
1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung	855
2. Behandlungen – Einzelfälle	857
3. Urteile zu Methoden der Alternativen Medizin im GKV-Bereich	859
4. Praxisführung	862
Literatur und Internet.....	865
Stichwortverzeichnis.....	869

Herausgeber und Autoren

Dr. med. Peter M. Hermanns [Hrsg.]

Geboren 1945 in Neumünster. Studium der Medizin in Hamburg. 1981 Niederlassung als Allgemeinmediziner in Hamburg. 1986/87 Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg. Langjährige Tätigkeit als Medizinjournalist für Printmedien mit zahlreichen Buchveröffentlichungen zum Gesundheitswesen und psychologischen Angeboten und Methoden. Mitarbeit bei Rundfunk- und Fernsehanstalten.

Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München und des medizinischen Online-Dienstes www.medical-text.de, der sich mit speziellen Inhalten an Ärzte in Praxis und Klinik wendet. Der Arzt findet im Internet u.a. neben Kurzkomentaren zu den Gebührenordnungen zahlreiche Informationen zu den Bereichen Marketing, Praxisorganisation, Recht und Finanzen.

Die Agentur medical text hat zahlreiche Bücher im Bereich Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik/Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing für Verlage und Pharmafirmen konzipiert und herausgegeben.

Zu einigen medizinischen Themen wurden Kurzfilme gedreht. Technisch und inhaltlich setzt die Agentur Internetauftritte für einzelne Ärzte, Kliniken und Pharmakonzerne um.

Godehard Diep

Mit grosser Anteilnahme bedauern wir den plötzlichen Tod unseres Freundes, erfahrenen Juristen und Partner, Godehard DIEP, nach Redaktionsschluss Ende Dezember 2018. Wir danken für die über Jahre sehr gute Zusammenarbeit. Verlag und Autoren der Kommentarewerke zu den ärztlichen Gebührenordnungen werden ihn sehr vermissen.

Labor Enders – Prof. Dr. med. Gisela Enders und Kollegen

MVZ GbR, Rosenbergstraße 85, 70193 Stuttgart

Dr. med. Thomas Rasenack

Facharzt für Transfusions- und Laboratoriumsmedizin

Ärztlicher Leiter: Institut für Medizinische Diagnostik Berlin – Potsdam MVZ GbR, Nicolaistraße 22, 12247 Berlin

Claudia Wiesner

Jahrgang 1970, nach erfolgreicher Ausbildung zur Arzthelferin wechselte sie 1994 zur Privatärztlichen Verrechnungsstelle Rhein Ruhr und war bis zum Jahr 2000 stellvertretende Geschäftsstellenleiterin der Zweigstelle Aachen.

Von 2000 bis 2006 arbeitete sie im Universitätsklinikum Aachen zunächst in der stationären Abrechnung und später dann im Team der ambulanten Abrechnung, Schwerpunkt „Ambulantes Operieren“.

Seit 2006 ist sie als selbstständige Abrechnungsfachkraft für niedergelassene Ärzte Ratgeberin und sitzt vor Ort in den Praxen und schult u.a. auch Mitarbeiterinnen. Seit 2015 ist Frau Wiesner außerdem als Dozentin für das ifu-Wirtschaftsinstitut tätig.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AEV	Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
AG	Amtsgericht
Allg. Best.	Allgemeine Bestimmungen des EBM
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
ASV	ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
Az.	Aktenzeichen
BAanz	Bundesanzeiger
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BAnz.	Bundesanzeiger
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – Morbus Bechterew-Index
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BG	Berufsgenossenschaften
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BIVAS	Birmingham Vasculitis Activity Score
BKK	Betriebskrankenkassen
BMÄ	Bewertungsmaßstab – Ärzte
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (jetzt BMGS)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV, BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte, vereinbart zwischen KBV und Bundesverbänden der Primärkassen
BSG	Bundessozialgericht bzw. Entscheidungssammlung des BSG mit Angabe des Bandes und der Seite
Buku	Bundesknappschaft
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DÄ	Deutsches Ärzteblatt, erscheint im Deutschen Ärzteverlag, Köln
dB	Dezibel
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab gem. § 87 SGB V
ECLAM	Funktions-Fragebogen
E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
EK	Ersatzkassen
EKV	Arzt-/Ersatzkassenvertrag
FA	Facharzt
FFdH	European Consensus Lupus Activity Measurement score
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOA-BÄK	Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (amtliche Gebührenordnung)
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (amtliche Gebührenordnung)

GOP	in der Regel auch: Gebührenordnungsposition
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte (amtliche Gebührenordnung)
HA	Hausarzt
HAQ	Health Assessment Questionnaire (Fragebogen)
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i.d.R.	in der Regel
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens nach Lawton M.P., Brody E.M.
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICSI	intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkassen
IVF	In-vitro-Fertilisation
JAS	Jugendarbeitsschutz
JVEG	Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz
KA	für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeitvorgaben
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
KK	Krankenkasse
Komm.	Kommentar
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landgericht
LK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MMST	Mini-Mental-Status-Test
n.n. Nr.	nicht neben Nummer, meistens bezogen auf Leistungsziffern einer Gebührenordnung
Nr.	Nummer
Nrn.	Nummern
NUB	Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (inzwischen durch BUB-Richtlinien ersetzt)
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OVG	Oberverwaltungsgericht
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest
PGBA	Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment
PK	Primärkassen, dazu zählen: • Betriebs-KK • BundeskapschaftInnungs-kk • Landwirtschaftliche KK • Primärkassen • Orts-KK • See-KK
PKV	Private Krankenversicherung
PPVT	Peabody Picture Vocabulary Test

Primärkassen	Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekasse, Bundesknappschaft
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTB	Physikalisch-Technische Bundesanstalt
RVL	Regelleistungsvolumen
s.	siehe
SGB I	Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (I), Allgemeiner Teil
SGB IV	Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (V), enthält die Vorschriften zur Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V), enthält das Krankenversicherungs- und auch das Kassenarztrecht
SGB X	Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (X), Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SG	Sozialgericht
SKT	Syndrom-Kurztest, Demenztest
SLEDA I	Disease Activity Index
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
ZKA-BÄK	Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, gebildet aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Inneren, des PKV-Verbandes, der Bundesärztekammer sowie eines nicht stimmberechtigten Vertreters der Privatärztlichen Verrechnungsstellen
ZPO	Zivilprozessordnung
z.T.	zum Teil

Vorwort

Anhebung des Orientierungspunktwertes

In dieser 9. Auflage des EBM 2019 für Ärzte in Klinik und Praxis ist die Anhebung des Orientierungswerts zum 1. Januar 2019 auf 10,8226 Cent (alter Wert bis Ende 2018 = 10,6543 Cent) bereits berücksichtigt. Damit steigt die Vergütung für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen um rund 1,58 Prozent. Das bedeutet etwa 550 Millionen Euro mehr für die Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten.

Die Laborreform: Erste Stufe begann am 1. April 2018

Die zunehmende Zahl an Laboruntersuchungen und der Einsatz teurer innovativer Verfahren haben in der vertragsärztlichen Versorgung dazu geführt, dass die Kosten für Laborleistungen deutlich stärker steigen als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Da Laborleistungen aus der MGV finanziert werden, geht dies zur Reduzierung der Vergütung anderer Leistungen.

Die erste Stufe der Reform begann am 1. April 2018. Ziel war es, den Anstieg der Kosten - zunehmende Zahl an Laboruntersuchungen und Einsatz teurer innovativer Verfahren - jährlich zu bremsen. Die KBV informiert dazu: „...Durch den starken Kostenanstieg steigen die Nachschussbeträge, weil das Geld im Labortopf (Grundbetrag „Labor“) nicht ausreicht. Das hierfür bereitgestellte Geld geht zulasten der Vergütung anderer Leistungen. Die hierfür erforderlichen Regelungen werden zukünftig von den Kassenärztlichen Vereinigungen regional festgelegt. Die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung enthalten ab dem 1. April keine bundeseinheitliche Quote „Q“...“ Weiter wird informiert: „...Für bestimmte Untersuchungsindikationen sind einzelne Laborleistungen von der Steuerung der wirtschaftlichen Veranlassung und Erbringung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus ausgenommen. Folglich fließen deren Kosten nicht in die Berechnung des arztpraxispezifischen Fallwertes ein.

Zu jeder Kennnummer gibt es einen Ziffernkranz. Dieser Ziffernkranz definiert, welche Leistungen bei ausgewählten Indikationen aus den Laborkosten der Praxis herausgerechnet werden. Er definiert nicht, welche Leistungen medizinisch notwendig sind...“

Weitere wichtige Informationen zur Fortführung der Laborreform finden Sie im Internet bei der KBV: <http://www.kbv.de/html/33490.php>

Leistungen mit einem Stern * in diesem Buch

EBM-Leistungspositionen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen und zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) führen, sind im Buch mit einem Stern * gekennzeichnet.

Stets aktuell: Neue Leistungen und ergänzte Kommentierungen und Urteile

Zahlreiche neue Leistungen und Änderungen/Ergänzungen der Kommentierungen, neue Abrechnungstipps und Urteile zu bestehenden einzelnen Leistungspositionen wurden ergänzt. Recherchiert wurden wurden Kommentare, Informationen regionaler KVen und einzelner Ärzterverbände, dies in der Regel mit Quellenangabe.

Änderungen/Ergänzungen der KBV zur Gebührenordnung EBM, wie zum Beginn eines neuen Quartals seit Jahren üblich, und Texte, die nach Redaktionsschluss von der KBV veröffentlicht wurden, finden Sie zu diesem Buch als pdf-Datei zum download unter www.springermedizin.de/hermannsEBM

BITTE LESEN SIE DEN TEXT GENAU, DA ERST WEIT NACH DEM REDAKTIONSSCHLUSS ÄNDERUNGEN DER KBV BEKANNT WURDEN.

Auch bei der KBV finden Sie unkommentiert die Beschlüsse des Bewertungsausschusses im pdf-Format mit Datum, ab wann Gültigkeit besteht: http://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php

Weitere Abrechnungskommentare im Springer-Verlag

GOÄ+IGeL,

Hermanns, Peter M. – (Hrsg.) unter Mitarbeit von Diep, G. – Mattig, W.: GOÄ Kommentar – IGeL-Abrechnung 2019 – 13. Auflage mit Kommentaren – Gerichtsurteilen – Analoge Bewertungen – über 250 Abrechnungstipps und Hinweise zur korrekten IGeL-Abrechnung

UV-GOÄ

Hermanns, Peter M. – Schwartz, Enrico (Hrsg) unter Mitarbeit von Hoffmann, K.H. – T.Tiling – A. Eisenkolb – Langendörfer, W.

UV-GOÄ 2018 Kommentar – 18. Auflage mit allen erhöhten Preisen seit 1.1.2019, Kommentaren, ausgewählten Arbeitshinweisen der DGUV – Gerichtsurteilen – Hinweise zu Berufskrankheiten

Abrechnung jederzeit aktuell in der Abrechnungs-Datenbank

Die Abrechnung von ärztlichen Leistungen nach den unterschiedlichen Gebührenordnungen ist in den letzten Jahren für Ärzte und Helferinnen immer schwieriger geworden. Sehr hilfreich ist hierzu in der Praxis und Klinik eine umfangreiche kostenpflichtige Kommentardatenbank mit hunderten von korrekten Abrechnungsbeispielen unter

<https://www.springermedizin.de/arzt-und-abrechnung/13307624>.

Die Datenbank gibt Hinweise zu Richtlinien, KV Anmerkungen und aktuellen Urteilen, um erfolgreich und korrekt abzurechnen und informiert auch über viele weitere praxis- und auch klinikrelevante Themen wie z. B. Fragen zu rechtlichen Problemen, Fragen der möglichen Mehrwertsteuerpflicht und zu speziellen praxisbezogenen Steuerfragen.

Zu Ihrer Information können Sie die Datenbank nach Anmeldung vor einem Abonnement mehrere Tage kostenlos nutzen.

Der schnelle Überblick zu den Codierungen für Operateure

Das Verzeichnis der zur Abrechnung erforderlichen OPS-Codierungen zu ambulanten und belegärztlichen Operationen umfasst im Printbereich über 800 Buchseiten, darauf haben die Autoren verzichtet, da in der Regel fast alle Praxisverwaltungssysteme die OPS-Codes anbieten. Über ein zusätzliches Internetportal zu diesem Buch unter www.springermedizin.de/ops-codierungen finden Sie aber zur Ihrer Abrechnung jederzeit Ihr erforderliches Kapitel (z.B. Kapitel 31 oder 36) mit allen Codes und mit -OP-Kategorien, berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe und den zugeordneten Narkoseleistungen.

München, im Dezember 2019
Dr. Peter M. Hermanns (Hrsg.)

Immer wieder die Frage: Was dürfen die Fachgruppen abrechnen?

Die Gliederung des EBM in Fachärztliche Kapitel beschreibt die erlaubten Leistungen (teilweise genehmigungspflichtig durch die KV). Trotzdem ist vielen Vertragsärzten nicht ganz klar, welche Leistungen sie – über die in dem Kapitel ihrer Fachgruppe aufgeführten Leistungen hinaus – abrechnen dürfen aus den Kapitel.

- II Arztübergreifende allgemeine Gebührenpositionen
- IV Fachübergreifende spezielle Gebührenpositionen

Einige Verwirrung hat der „Anhang 1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ gebracht, weil hier Leistungen ohne und mit EBM-Nrn. aufgeführt sind. Aber die Erläuterung im Tabellenkopf zum Anhang 1, zu den Leistungen mit und ohne EBM-Leistungsposition

- Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten (VP = Versichertenpauschale),
- Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) (GP = Grund-/Konsiliarpauschale),
- Leistung ist in sonstigen GOP enthalten (SG = sonstige Gebührenordnungspositionen)

helfen zu erkennen, ob die gesuchte Leistung einzeln abrechenbar ist oder nicht, da sie Bestandteil einer Versicherten – oder Grundpauschale ist.

Die Frage, darf eine Leistung abgerechnet werden, obwohl sie im Anhang 1 aufgelistet ist, lässt sich mit einem Blick in die fachgruppenbezogene Präambel und dann auf die Anmerkungen zur jeweiligen EBM-Leistung klären.

Beispiel:

Einige Leistungen, z.B. die Nrn. 01600 (Ärztlicher Bericht), 01601 (Ärztlicher Brief) oder Nrn. 01430 (z.B. Wiederholungsrezept) oder 01435 (Tel. Kontaktaufnahme durch Patient) sind nach der Präambel einiger Arztgruppen abrechenbar, obwohl sie im Anhang 1 aufgelistet sind.

In nur 3 Schritten können Sie prüfen und eindeutig erkennen, ob eine Leistung für Ihre Fachgruppe abrechnungsfähig ist.

1. Abrechnung der Leistungen Ihres Fachgebietes ohne Qualifikationsnachweis oder KV-Genehmigung:

Sie dürfen alle Leistungen Ihres Fachgebietes abrechnen, bei denen keine zusätzlichen Qualifikationsvoraussetzungen und/oder KV-Genehmigung in der Präambel oder in der Anmerkung zu den EBM-Leistung gefordert sind

2. Abrechnung von Leistungen Ihres Fachgebietes mit Qualifikationsnachweis oder KV-Genehmigung:

Sind für Leistungen Qualifikationsnachweise und/oder die Genehmigung Ihrer KV erforderlich und besitzen Sie diese, können Sie diese Leistungen erbringen und abrechnen.

3. Lesen Sie die Präambel zu Ihrer Fachgruppe:

Die Präambel listet die Leistungen auf, die Sie zusätzlich zu den Leistungen Ihres Fachgebietes erbringen dürfen.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Einzel-Leistung genannt sind.

Unterschiedliche Fachgruppen haben unterschiedliche Präambeln, d. h. eine Fachgruppe kann z.B. eine Leistung aus Kapitel II abrechnen, da die Leistung in der Präambel aufgeführt ist und eine andere Fachgruppe wiederum darf dies nicht, da diese Leistung in ihrer Präambel nicht aufgeführt ist.

I Allgemeine Bestimmungen

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Begriffe Einzelleistung, Leistungskomplex, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale, Strukturpauschale sowie Qualitätszuschlag beziehen sich auf berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Mit Bezug auf diese Abrechnungsbestimmungen werden die Begriffe Pauschale, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale mit dem Begriff Pauschale zusammengefasst. Der Katalog der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen ist abschließend und einer analogen Berechnung nicht zugänglich. In Gebührenordnungspositionen enthaltene – aus der Leistungsbeschreibung ggf. nicht erkennbare – Teilleistungen sind im Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähiger Leistungen in Anhang VI-1 aufgeführt. Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt werden, sind im Anhang 4 zum EBM aufgeführt.

Kommentar:

Diese Einleitung stellt klar, dass nur die im EBM verzeichneten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Analoge Heranziehung einzelner Leistungen, wie sie nach der GOÄ möglich sind, sind im System der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Abrechnung nicht zulässig. Wird eine Leistung erbracht, die im EBM nicht beschrieben ist, sollte im Zweifel die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über eine Abrechnungsfähigkeit befragt werden.

Teilleistungen, die – wenn auch nicht immer aus der Beschreibung erkennbar – in Gebührenordnungspositionen enthalten sind, werden mit der Vergütung für diese Positionen abgegolten und sind nicht gesondert abrechnungsfähig. Eine Auflistung dieser nicht gesondert abrechnungsfähigen Teilleistungen findet sich in Anhang 1. Diese Teilleistungen dürfen, da sie Inhalt einzelner Gebührenordnungspositionen sind, dem Patienten auch nicht privat – z.B. als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL-Leistungen) – in Rechnung gestellt werden. In der Anlage 4 sind diejenigen Leistungen aufgelistet, die vom Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt wurden.

1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

Die Inhalte dieser Allgemeinen Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich dem Vertragsarzt vorbehalten.

Kommentar:

Die im Laufe der Zeit über den eigentlichen „Adressatenkreis“ des ehemaligen „Kassenarztrechts“ deutlich hinausgewachsene Zahl der im System zulassungsfähigen „Leistungserbringer“ hat diese Klarstellung notwendig gemacht. Gesondert erwähnt werden gegenüber dem EBM 2000plus angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Versorgungszentren.

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind 3 Bereichen zugeordnet:

- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen,
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen,
- IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.

Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich V dar.

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur**Kommentar:**

Hier wird die übergeordnete Struktur des EBM aufgezeigt, der neben – grundsätzlich für alle Ärzte abrechnungsfähigen – arztgruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen auch arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen sowie Kostenpauschalen vorsieht und daneben – grundsätzlich nur für die jeweilige Arztgruppe abrechnungsfähige – arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen beinhaltet.

Im arztgruppenübergreifenden Bereich sind natürlich nach wie vor die durch das Berufsrecht vorgegebenen Fachgebietsgrenzen zu beachten, die durch den EBM nicht aufgehoben werden. Im Wesentlichen gehören hierzu Notfalleleistungen, Visiten und Besuche, Berichte, Gutachten usw., Gesundheits- und Früherkennungsleistungen, die „Kleine Chirurgie“, physikalisch-therapeutische Leistungen und Infusionen.

In den arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen ist in der Regel eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, deren Erteilung Fachkundenachweise, Nachweise apparativer Ausstattung sowie Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen erfordern kann.

Rechtsprechung**► Vergütung von Notfallbehandlungen**

Die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im EBM-Ä darf nicht danach differenzieren, ob die Behandlung im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst oder in einem Krankenhaus durchgeführt worden ist. Für eine unterschiedliche Bewertung gibt es keinen sachlichen Grund; das Gleichheitsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG wäre verletzt.

Aktenzeichen: BSG, 17.09.2008, AZ: B 6 KA 46/07 R

Entscheidungsjahr: 2008

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

Die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen werden in Gebührenordnungspositionen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs unterteilt.

Kommentar:

Im hausärztlichen Bereich finden sich die Leistungen des eigentlichen hausärztlichen Versorgungsbereichs sowie die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin. Im fachärztlichen Bereich finden sich die Leistungen der Fachgebiete von der Anästhesiologie bis zur Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.

1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe

In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen angegeben.

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen seines angestellten Arztes auf der Basis des Beschlusses des Zulassungsausschusses berechnen. Satz 1 und Satz 2 gelten entsprechend.

Kommentar:

Wird im EBM die Abrechnungsfähigkeit an ein Gebiet, ein Teilgebiet (Schwerpunkt) oder eine Zusatzbezeichnung geknüpft, ist auf jeden Fall die berufsrechtliche Befugnis zum Führen der Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung erforderlich. Z.T. wird weiter auch eine entsprechend erteilte Zulassung gefordert, was zumindest bei Teilgebietsbezeichnungen problematisch sein kann.

Hier wurde aber bereits zum EBM 2000+ durch eine als Anlage zu den Gesamtverträgen beschlossene „Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April

2005“ durch die Partner der Bundesmantelverträge (Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung) zumindest für den Bereich der Inneren Medizin – in dem die Mehrzahl der Probleme hätte auftreten können – hinsichtlich der Schwerpunktbezeichnungen eine „Entschärfung“ der EBM-Bestimmungen vorgenommen. Dort heißt es unter (4):

„Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen sind, können im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind (Hinweis der Autoren: z.B. Gastroskopie, Bronchoskopie). Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die ggf. ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Die Genehmigung ist unbefristet zu erteilen. In diesem Fall gelten für den Vertragsarzt auch die Abrechnungsbestimmungen, wie sie für einen Vertragsarzt gelten, der mit dem Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.“

SGB V: § 135 Abs. 2

(2) Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen. Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 140f Absatz 5 gilt entsprechend. Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1. Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 87 Absatz 6 Satz 9 entsprechend.

Bei Leistungen, für die entweder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Vereinbarungen der Partner des Bundesmantelvertrages für die Durchführung und Abrechnung bestehen, müssen vor Leistungserbringung und Abrechnung die erforderlichen Genehmigungen erworben werden.

Wichtig ist die Regelung für angestellte Ärzte. Die von diesen erbrachten Leistungen können dann, wenn die sonst für den Vertragsarzt geltenden Voraussetzungen nur in der Person des Angestellten vorliegen, auch vom Vertragsarzt abgerechnet werden

1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen können, sofern diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind, von jedem Vertragsarzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet oder das Gebiet eines angestellten Arztes sowie unter Beachtung entsprechender vertraglicher Bestimmungen (z.B. Kinder-Richtlinie, Früherkennungs-Richtlinie) berechnet werden.

Kommentar:

Im übrigen gelten für arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen. Zusätzlich müssen diese Positionen jeweils in der Präambel zu dem Kapitel für die betreffende Arztgruppe (Abschnitt III) aufgeführt sein. Liegen beide Vorausset-

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

zungen vor, ist eine Leistung aus dem Bereich der arztgruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten berechnet werden, sofern sie die dort aufgeführten Kriterien erfüllen oder einen Arzt angestellt haben, der die dort aufgeführten Kriterien erfüllt.

Kommentar:

In den 23 Unterabschnitten der arztgruppenspezifischen Leistungen ist jeweils am Anfang in den Präambeln abschließend bestimmt, wer die Leistungen des jeweiligen Abschnitts bzw. Kapitels abrechnen darf.

Nach einer bereits zum EBM 2000+ als Anlage zu den Gesamtverträgen beschlossenen „Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005“ durch die Partner der Bundesmantelverträge (Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung) ist das aber nur als Grundsatz zu verstehen, von dem aus Sicherstellungsgründen seitens einer Kassenärztlichen Vereinigung auch Ausnahmen zulässig sind. Dort wird unter (3) auf die Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 72 SGB V verwiesen, „wonach aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten durch die Kassenärztliche Vereinigung sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigt werden kann“.

SGB V: § 72

(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die Knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

Auch hier reicht es für die Berechnungsfähigkeit aus, wenn ein angestellter Arzt die Voraussetzung der jeweiligen Präambel erfüllt.

1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen)

Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen setzen bei der Berechnung besondere Fachkundenachweise, apparative Anforderungen, die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und die in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten und Präambeln zur Voraussetzung der Berechnung aufgeführten Kriterien voraus.

Die Berechnung von arztgruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen setzt weiterhin voraus, dass diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind.

Kommentar:

Hier gilt der gleiche Kommentar wie zu 1.3. (s.o.).

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet.

Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.

Kommentar:

Im Rahmen der nach § 106a SGB V durchzuführenden Abrechnungsprüfungen (welche nicht mit den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V verwechselt werden dürfen) wird u.a. die Plausibilität der Abrechnung anhand der für die Erbringung der abgerechneten Leistungen aufgewendeten Zeit überprüft. Das setzt voraus, dass den einzelnen Leistungen des EBM Zeiten als (untere) Schwellenwerte zugeordnet werden, deren Unterschreitung gegen eine ordnungsgemäße Leistungserbringung spricht.

SGB V: § 106 a

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die artbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der artbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem durch den Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,
3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit,

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2004 Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3.

2 Erbringung der Leistungen

Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(7) § 106 Abs. 4b gilt entsprechend.

In besonderen Richtlinien zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a SGB V wird das Nähere zur Ausgestaltung derartiger Prüfungen auch unter Heranziehung der Kalkulationszeiten des EBM geregelt. Beträgt z.B. unter Nichtberücksichtigung bestimmter Leistungen (wie im organisierten Notfalldienst u.ä.) die ermittelte Arbeitszeit an mindestens drei Tagen des Quartals mehr als 12 Stunden oder im Quartal insgesamt mehr als 780 Stunden, ist das Anlass für weitere Prüfungen.

1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen

Für die Versendung bzw. den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichte entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 oder individuellen Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Diese Bestimmung regelt klarstellend, dass für die Versendung bzw. den Transport der genannten Untersuchungsberichte bzw. individuellen Arztbriefe entsprechende Kostenpauschalen berechnungsfähig sind.

2 Erbringung der Leistungen**2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung**

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten – auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z.B. OPS, ICD 10 GM) – erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.

Eine Gebührenordnungsposition ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Leistungserbringung erfolgt.

Kommentar:

Wie schon bisher gilt, dass nur vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet werden dürfen. Vollständig ist eine Leistung dann erbracht, wenn alle im EBM aufgeführten obligaten Leistungsanteile erbracht worden sind, die in der Leistungsbeschreibung genannten Dokumentationspflichten erfüllt und fakultativ erbrachte Leistungen dokumentiert sind.

Neu sind die wegen der flexibleren Tätigkeitsmöglichkeiten erforderlich gewordenen Regelungen:

a) Wird ein Arzt arztpraxisübergreifend tätig, kann die Leistung von der Praxis abgerechnet werden, in der die Vollständigkeit der Leistung erreicht wurde, wenn also der letzte der obligaten Bestandteile erbracht wurde.

b) Wirken an der Leistungserbringung mehrere Ärzte zusammen, rechnet derjenige unter Angabe seiner Arztnummer die Leistung ab, der die Vollständigkeit erreicht. Besonderheiten gelten allerdings dann, wenn einzelne Bestandteile einer Pauschale per Überweisung von einem anderen Arzt angefordert werden. Hier ist die Regelung in Abschnitt 2.1.6 (s.u.) zu beachten.

Für den Fall einer quartalsübergreifenden Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile wurde eine Abrechnungsfähigkeit nur dann angenommen, wenn eine obligate Berichterstattung oder Befundübermittlung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der vollständigen Leistungserbringung stattfindet.

Rechtsprechung:

Ärzte dürfen nicht grundlos von Standardtherapie abweichen

Wenn Ärzte andere Behandlungsmethoden anwenden als die Standardtherapie, ohne ihre Patienten darauf hinzuweisen, ist das ein Behandlungsfehler. Das hat das Oberlandesgericht Hamm entschieden.

Als grob gilt der Fehler, wenn sich der Patient bereits für die Standardtherapie entschieden hatte. Ein Arzt behandelte im vorliegenden Fall die Hautkrebserkrankung eines Patienten mit einer fotodynamischen Therapie. Zuvor hatte der Patient die Standardtherapie gewünscht: eine Operation.

Der Arzt hatte den Patienten nicht darüber informiert, dass bei der fotodynamischen Therapie die Gefahr höher ist, dass der Krebs zurückkehrt.

Aktenzeichen: OLG Hamm, 25.02.2014, Az.: 26 U 157/12)

Entscheidungsjahr: 2014

2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

Fakultative Leistungsinhalte sind Bestandteil des Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung; deren Erbringung ist vom Einzelfall abhängig.

Kommentar:

Wird ein als fakultativ bezeichneter Leistungsbestandteil erbracht, kann dieser dann nicht mehr gesondert abgerechnet werden, da er mit der eigentlichen Leistung abgegolten ist.

Genauso wenig kann ein als fakultativ bezeichneter Leistungsbestandteil, der erbracht wurde, dem Patienten privat in Rechnung gestellt werden.

2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden.

Kommentar:

Das ist die logische Folgerung aus dem Grundsatz nach 2.1. Wurde die nicht vollständig erbrachte Leistung aber berechnet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Rückerstattung der Beträge verlangen.

2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen

Für die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen gilt: Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen, die in mehreren Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind, sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind entsprechend zu berücksichtigen.

Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und – sofern vorhanden – fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind zu berücksichtigen.

Diese Regelung ist auch anzuwenden, wenn die Gebührenordnungsposition in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind. Dies gilt für Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte ärztliche Leistungen die Voraussetzungen sowohl zur Berechnung von Einzelleistungen, Komplexen oder Pauschalen, so ist statt der Einzelleistung entweder der zutreffendere Komplex bzw. die Pauschale bzw. statt des Komplexes die zutreffendere Pauschale zu berechnen. Dies gilt auch für den Arztfall, jedoch nicht für Auftragsleistungen.

2 Erbringung der Leistungen

Kommentar:

Die in diesem Abschnitt genannten sogenannten „unselbständigen Teilleistungen“ finden sich vor allem – aber nicht nur – unter den in Anhang 1 genannten Leistungen, die obligate oder fakultative Teile von Gebührenordnungspositionen, insbesondere von Pauschalen und Komplexen sind. Diese sind nicht gesondert abrechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn die Gebührenordnungspositionen in verschiedenen Abschnitten oder Kapiteln des EBM stehen. Ferner sind in einem solchen Fall sämtliche Abrechnungsbestimmungen und –ausschlüsse zu berücksichtigen.

Aber auch weitere unselbständige Teilleistungen sind denkbar – obwohl die Leistung nicht im Anhang 1 genannt ist –, wie z.B.

- die Aufklärung eines Patienten vor der Leistungserbringung
- das Absaugen von Schleim aus der Luftröhre
- eine Blasenspülung bei der Zystoskopie
- Dehnung der Cervix uteri vor Abrasio
- Einläufe zur Reinigung vor Koloskopie u.ä.

Besonders hervorgehoben wird, dass mehrere Gesprächs- oder Beratungsleistungen während eines Arzt-Patienten-Kontaktes auch dann nicht nebeneinander abgerechnet werden können, wenn sie unterschiedliche Zielrichtungen haben.

Explizit geregelt ist, dass inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen nicht nebeneinander abgerechnet werden können, auch wenn sie in unterschiedlichen Abschnitten oder Kapiteln des EBM stehen und der Arzt berechtigt ist, Leistungen dieser unterschiedlichen Kapitel auch zu berechnen. Ferner sind in einem solchen Fall sämtliche Abrechnungsbestimmungen und -ausschlüsse zu berücksichtigen.

Ist eine Tätigkeit sowohl als Einzelleistung als auch als Komplex oder als Pauschale im EBM abgebildet, so kann nicht die Einzelleistung, sondern nur der Komplex bzw. die Pauschale, bzw. nicht der Komplex, sondern nur die zutreffende Pauschale berechnet werden.

2.1.4 Berichtspflicht

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erbracht: 02311, 02312, 02313, 07310, 07311, 07320, 07330, 08310, 13250, 13300, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 13701, 14313, 14314, 16230, 16231, 16232, 16233, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 21230, 21231, 21233, 30110, 30111, 30702, 30704 und 30901. Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird. Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die Erstellung und Versendung entweder

- eines Berichtes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. eines Briefes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt
- oder
- einer Kopie des an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichts bzw. Briefes an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01602

zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

Bei Berechnung der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen ist die Übermittlung mindestens einer Befundkopie an den Hausarzt Abrechnungsvoraussetzung:

01722, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01790, 01791, 01792, 01793, 01830, 01831, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08541, 08570, 08571, 08572, 08573, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13552, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750,

30810, 30811 und 30900 sowie der Gebührenordnungsposition der Kapitel III.b-11, III.b-17, III.b-25, IV-33 und IV-34.

Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die oben aufgeführten Gebührenordnungspositionen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Kommentar:

Hinweis der Autoren:

Ob Berichte, Briefe oder Befundkopien erforderlich sind, damit die jeweilige EBM-Leistung korrekt erbracht ist, wurde bei den betreffenden EBM-Nrn. vermerkt!

An dieser Stelle wird in sehr komplexer Weise die Berichtspflicht geregelt, die im Übrigen in den Leistungsbeschreibungen der hier genannten Leistungen noch einmal gesondert Erwähnung findet.

Bereits im Gesetz (§ 73 SGB V) sowie in den Bundesmantelverträgen (§ 24 Abs. 6 BMV-Ärzte,) ist die Verpflichtung der Ärzte zur gegenseitigen Information bei der Behandlung eines GKV-Versicherten normiert.

BMV-Ä: § 24 Abs. 6, Überweisungen

Der Vertragsarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der auf Grund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist. Nimmt der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt unmittelbar in Anspruch, übermittelt dieser Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt.

Als Grundsatz gilt: Der Hausarzt ist immer zu informieren, auch wenn die Leistung nicht aufgrund einer von ihm ausgestellten Überweisung erbracht wurde. Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient einen Hausarzt benannt und die Einwilligung zur Weitergabe der Information erteilt hat.

Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM (antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen) ist der Berichtspflicht genüge getan, wenn zum Beginn und nach Ende der Therapie und bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, mindestens einmal im Krankheitsfall ein Bericht an den Hausarzt geht.

Die Erstellung des Berichtes selbst ist berechnungsfähig, soweit er nicht obligatorischer oder fakultativer Bestandteil der Leistung ist oder die Berechnung durch sonstige Bestimmungen ausgeschlossen ist. Nähere Hinweise finden sich jeweils bei den einzelnen Leistungen.

Leistungen aus dem Katalog der allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 des EBM sind nur dann ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt abrechenbar, wenn der Patient keinen Hausarzt angibt oder keine schriftliche Einwilligung zur Weitergabe an den Hausarzt abgibt. Sollte dies der Fall sein, muss die Symbolnummer 99970 EBM eingetragen werden.

2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind von der Regelung in Nr. 2.1.4 entbunden.

Kommentar:

Die in Abschnitt 2.1.4 beschriebene Berichtspflicht gilt nicht für ausschließlich auftragnehmende Ärzte nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge. Das sind zur Zeit Ärzte für:

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie
- Strahlentherapie und Transfusionsmedizin.

2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ (Anhang II-1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.

Neben den o.g. mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschalen ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale anstelle der mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Durchführung der Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) notwendig.

Kommentar:

Der Umstand, wonach eine Vielzahl von Leistungen wegen der umfangreichen Pauschalgebühren nicht mehr einzeln abrechnungsfähig ist, hat zu einer Regelung in den Fällen führen müssen, in denen eine derartige Leistung per Überweisung von einem anderen Arzt angefordert wird. Dieser kann die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall zu 50 % der Punktzahlen berechnen, auch wenn er mehrere Aufträge im selben Behandlungsfall erhält. Wird er allerdings darüber hinaus außerhalb der Aufträge in mindestens einem weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt bei dem Patienten tätig, ist anstelle der hälftigen Pauschale die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten- oder Grundpauschale berechnungsfähig.

Für den Auftraggeber gilt dann im übrigen: Ist die überwiesene Leistung obligatorischer Bestandteil einer Pauschale, kann diese von ihm nicht abgerechnet werden, da dann der Leistungsumfang von ihm nicht voll erbracht wurde. Abschnitt 2.1 (s.o.) ist nicht anwendbar, da es sich hier um eine Spezialregelung für Auftragsüberweisungen handelt. Ist die überwiesene Leistung allerdings fakultativer Bestandteil der Pauschale, kann diese vom Überweiser in Rechnung gestellt werden.

2.2 Persönliche Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und § 25 BMV-Ä persönlich erbringt.

Kommentar:

Für die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gilt nach wie vor der Grundsatz, wonach jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

Als persönliche Leistungserbringung gilt auch die Erbringung durch genehmigte Assistenten, angestellte Ärzte und Vertreter sowie die Hilfeleistung durch nichtärztliche Mitarbeiter unter den berufsrechtlich zu beachtenden Grundsätzen (Anordnung und fachliche Überwachung durch Arzt, entsprechende Qualifizierung des Mitarbeiters). Die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes haben insbesondere hinsichtlich der Beschäftigung von angestellten Ärzten die Möglichkeiten deutlich ausgeweitet.

Zur Vermeidung von Problemen empfiehlt es sich dennoch, insbesondere wenn genehmigungspflichtige Leistungen betroffen sind, eine fachkundige Stellungnahme der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einzuholen.

Hier ist es erforderlich, angesichts der durch das Vertragsarztänderungsgesetz erleichterten Beschäftigung von angestellten Ärzten sowie die flexibleren Möglichkeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit z.B. an mehreren Stellen die genannten Bestimmungen der Bundesmantelverträge im Wortlaut abzudrucken:

§ 14a BMV-Ä: Persönliche Leitung der Vertragsarztpraxis bei angestellten Ärzten

(1) In Fällen, in denen nach § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV der Vertragsarzt einen angestellten Arzt oder angestellte Ärzte beschäftigen darf, ist sicherzustellen, dass der Vertragsarzt die Arztpraxis persönlich leitet. Die persönliche Leitung ist anzunehmen, wenn je Vertragsarzt nicht

mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden. Bei Vertragsärzten, welche überwiegend medizinisch-technische Leistungen erbringen, wird die persönliche Leitung auch bei der Beschäftigung von bis zu vier vollzeitbeschäftigten Ärzten vermutet; Satz 2 2. Halbsatz gilt entsprechend. Bei Vertragsärzten, welche eine Zulassung nach § 19a Ärzte-ZV für einen hälftigen Versorgungsauftrag haben, vermindert sich die Beschäftigungsmöglichkeit auf einen vollzeitbeschäftigten oder zwei teilzeitbeschäftigte Ärzte je Vertragsarzt. Die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten wird insoweit nicht angerechnet. Will der Vertragsarzt über den Umfang nach Sätzen 2 bis 4 hinaus weitere Ärzte beschäftigen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Leitung der Praxis gewährleistet ist.

(2) Die Beschäftigung eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets oder einer anderen Facharztkompetenz als desjenigen Fachgebiets oder derjenigen Facharztkompetenz, für die der Vertragsarzt zugelassen ist, ist zulässig. Dies gilt auch für eine Anstellung nach § 15a Abs. 6 Satz 2. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt eines anderen Fachgebiets oder einer anderen Facharztkompetenz, der in diesem Fachgebiet oder unter dieser Facharztkompetenz tätig wird, so ist die gleichzeitige Teilnahme dieser Arztpraxis an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung zulässig. Im übrigen gelten Absatz 1 und § 15 Abs. 1 Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Vertragsarzt bei der Erbringung der fachärztlichen Leistungen des angestellten Arztes die Notwendigkeit der Leistung mit zu verantworten hat.

§ 15 BMV-Ä: Persönliche Leistungserbringung

(1) Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32 b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. Dem Praxisinhaber werden die ärztlichen selbständigen Leistungen des angestellten Arztes zugerechnet, auch wenn sie in der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte der Praxis in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden. Dasselbe gilt für fachärztliche Leistungen eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets (§ 14a Abs. 2), auch wenn der Praxisinhaber sie nicht selbst miterbracht oder beaufsichtigt hat. Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist. Das Nähere zur Erbringung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nichtärztliche Mitarbeiter in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen ist in Anlage 8 zu diesem Vertrag geregelt.

(2) Verordnungen dürfen vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.

(3) Vertragsärzte können sich bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, dass die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV erbracht werden. Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist. Sind Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages vorgeschrieben, so müssen alle Gemeinschaftspartner und ein angestellter Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV, sofern er mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt ist, diese Voraussetzungen erfüllen.

(4) Ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung von Laboratoriumsleistungen des Abschnittes 32.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist mit Wirkung ab 1. Januar 2009 ausgeschlossen. Bestehende Leistungserbringergemeinschaften (Gründung vor dem 1. Januar 2009) dürfen bis zum 31.12.2009 fortgeführt werden.

§ 25 BMV-Ä: Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen

(1) Ziel der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung ist die Erhebung eines ärztlichen Befundes. Die Befunderhebung ist in vier Teile gegliedert:

2 Erbringung der Leistungen

1. Ärztliche Untersuchungsentscheidung,

2. Präanalytik,

3. Laboratoriumsmedizinische Analyse unter Bedingungen der Qualitätssicherung,

4. ärztliche Beurteilung der Ergebnisse.

(2) Für die Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen gilt § 15 mit folgender Maßgabe:

1. Bei Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM und bei entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 des EBM ist der Teil 3 der Befunderhebung einschließlich ggf. verbliebener Anteile von Teil 2 beziehbar. Überweisungen zur Erbringung der Untersuchungen des Abschnitts 32.2 und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Abschnitts 1.7 des EBM sind zulässig.

2. Bei Untersuchungen des Abschnitts 32.3 und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.3 und 11.4 des EBM kann der Teil 3 der Befunderhebung nicht bezogen werden, sondern muss entweder nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht oder an einen anderen zur Erbringung dieser Untersuchung qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsarzt überwiesen werden.

(3) Der Teil 3 der Befunderhebung kann nach Maßgabe von Abs. 2 aus Laborgemeinschaften bezogen werden, deren Mitglied der Arzt ist. Der den Teil 3 der Befunderhebung beziehende Vertragsarzt rechnet die Analysekosten gemäß dem Anhang zum Abschnitt 32.2 durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab. Der Arzt, der die Befunderhebung anweist, ist durch Angabe der Arztnummer und der (Neben-) Betriebsstättennummer der veranlassenden Arztpraxis kenntlich zu machen. Die Abrechnung erfolgt auf der Basis der bei der Abrechnung nachzuweisenden Kosten der Laborgemeinschaft, höchstens jedoch nach den Höchstpreisen gemäß der Präambel Nr. 1 des Abschnitts 32.2. Die Kassenärztliche Vereinigung meldet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die kurativ-ambulant Fälle mit angewiesenen Befunderhebungen des Anhang zum Abschnitt 32.2, die von den Vertragsärzten außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs angewiesen und von der Laborgemeinschaft mit Sitz in ihrem Zuständigkeitsbereich abgerechnet worden sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten anweiserbezogen an die für den anweisenden Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Laborgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen des Abschnitts 32.2 regelmäßig in derselben gemeinschaftlich benutzten Betriebsstätte zu erbringen.

(4) Der Vertragsarzt, der den Teil 3 der Befunderhebung bezieht, ist ebenso wie der Vertragsarzt, der Laborleistungen persönlich erbringt, für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich, indem er sich insbesondere zu vergewissern hat, dass die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“ von dem Erbringer der Analysen eingehalten worden sind.

(4a) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 des EBM dürfen nur an Fachärzte überwiesen werden, bei denen diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Bei laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 des EBM dürfen Teil 3 und 4 der Befunderhebung nur von Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Die Zugehörigkeit laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen zum Kern eines Fachgebietes bestimmt sich nach der Anlage zu § 25 Abs. 4 a BMV-Ä.

(Gültig ab 1.1.2015)

(5) Für die Abrechnung überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM gelten folgende ergänzende Bestimmungen:

Die vom Vertragsarzt eingereichte Abrechnung überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels 32 muss die Arzt- und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes der Praxis (Veranlasser) und ggf. die Kennnummer der Präambel Nr. 6 des Abschnitts 32.2 EBM enthalten. Die Kennnummer teilt der Veranlasser auf dem Überweisungsauftrag mit. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrags hat die abrechnende Arztpraxis die Arzt- und Betriebsstättennummer desjenigen Arztes und der Praxis anzugeben, die den ersten Überweisungsauftrag erteilt hat (Erstveranlasser). Die

Kassenärztliche Vereinigung meldet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die kurativ-ambulant Fälle mit überwiesenen Auftragsleistungen die Kapitels 32, die von Vertragsärzten außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs veranlasst und von Vertragsärzten ihres Zuständigkeitsbereichs durchgeführt worden sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten veranlasserbezogen an die für die überweisende Arztpraxis zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

(6) Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten in Euro mit. Leistungen, für die diese Regelung gilt, werden im EBM bestimmt. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrags oder eines Teilauftrags hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Praxis gemeldet wurden, an die sie weiter überwiesen hatte.

(7) Die Abrechnung von Laborleistungen setzt die Erfüllung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen gemäß Teil A und B1 sowie ggf. ergänzender Regelungen der Partner der Bundesmantelverträge zur externen Qualitätssicherung von Laborleistungen und den quartalsweisen Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung durch die Betriebsstätte voraus.

Sofern für eine Gebührenordnungsposition der Nachweis aus verschiedenen Materialien (z. B. Serum, Urin, Liquor) möglich ist und für diese Materialien unterschiedliche Ringversuche durchgeführt werden, wird in einer Erklärung bestätigt, dass die Gebührenordnungsposition nur für das Material berechnet wird, für das ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.

Der Nachweis ist elektronisch an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute

Die Berechnung einer Gebührenordnungsposition durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch ermächtigte Krankenhäuser oder ermächtigte Institute ist an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschale durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Pauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.

Kommentar:

Besondere Erwähnung findet die Abrechnungsbeschränkung aufgrund der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer eingeschränkten Ermächtigung. Primär bestimmt der Umfang der erteilten Ermächtigung die abrechnungsfähigen Leistungen.

Für die Berechnung der Grundpauschalen sieht der EBM besonders für Ermächtigungen spezielle Nummern vor (Nr. 01320 und 01321). Davon kann aber abgewichen werden, wenn die Ermächtigung ihrem Umfang nach der Zulassung eines Vertragsarztes entspricht.

Bei Ermächtigungen zur vertragsärztlichen **Tätigkeit an einem weiteren Ort im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung** sind immer anstelle der Nr. 01320 und 01321 EBM die Pauschalen des jeweiligen arztgruppenspezifischen Kapitels abrechnungsfähig.

3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall

3.1 Behandlungsfall

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

Kommentar:

Der EBM benutzt den Begriff „Behandlungsfall“ an verschiedenen Stellen in Leistungslegende bzw. Anmerkungen, in aller Regel als Abrechnungseinschränkung.

Die Definition des Bundesmantelvertrages, auf die ausdrücklich abgestellt wird, lautet wie folgt:

§ 21 Abs. 1 BMV-Ä: Behandlungsfall/ Krankheitsfall/Betriebsstättenfall/Arztfall

1) Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt. Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die auf den Behandlungsfall bezogen sind, können sie nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Versicherten sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall durchgeführt werden.

Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

Diese Definition entspricht im wesentlichen der bisher gültigen. Am Beginn ist lediglich der „Vertragsarzt“ durch die „Arztpraxis“ ersetzt worden, um den zunehmenden Kooperationsformen Rechnung zu tragen.

Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Wichtig ist, dass auch für den Fall, dass der Patient innerhalb eines Quartals seine gesetzliche Krankenkasse wechselt, **kein neuer Behandlungsfall** entsteht. Die Abrechnung muss zu Lasten der ersten angegebenen Krankenkasse erfolgen. Anders ist der Fall, wenn der Patient innerhalb des Quartals von einer gesetzlichen zu einer privaten Krankenversicherung wechselt. In diesem Fall sind vom Datum der Mitgliedschaft des Patienten in der privaten Kasse alle Leistungen zu Lasten dieser privaten Kasse nach GOÄ abzurechnen.

3.2 Krankheitsfall

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

Kommentar:

Auch der Begriff „Krankheitsfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition der Bundesmantelverträge, auf die ausdrücklich abgestellt wird, findet sich in § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte.

Die Definition des Bundesmantelvertrages, auf die ausdrücklich abgestellt wird, lautet in § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte:

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

Krankheitsfall = Erkrankungsfall im aktuellen Quartal sowie in den darauf folgenden 3 Quartalen

Dieser Definition unterliegen damit zahlreiche langwierige oder chron. Erkrankungen z.B. Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Asthma bronchiale.

Beispiel:

Eine Patientin wird innerhalb des **3. Quartals 2016** am 10.7.16, 18.08.16 und 28.9.16 wegen **chron. Hauterkrankung** behandelt. Der Krankheitsfall „**chron. Hauterkrankung**“ endet am 31.06.2016. Ein neuer Krankheitsfall mit der unverändert vorhandenen Erkrankung „**chron. Hauterkrankung**“ beginnt mit dem 01.07.2017.

Von dieser Frist ist eine andere, neu z.B. am 28.10.2016 aufgetretene Erkrankung, z.B. „Herzrhythmusstörungen“ nicht betroffen. Für sie gilt – wenn sich keine Änderung einstellt – eine neue eigene Frist des Krankheitsfalles bis zum 31.09.2017.

3.3 Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a BMV-Ä und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

Kommentar:

Der Begriff „Betriebsstättenfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition des Bundesmantelvertrages, auf die ausdrücklich abgestellt wird, lautet:

Beim Betriebsstättenfall kommt es nicht mehr auf die Person des behandelnden Arztes an, sondern auf den Ort der Behandlung. Wird derselbe Versicherte in einem Quartal in derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse behandelt, handelt es sich um einen Betriebsstättenfall, unabhängig von Person oder Status (zugelassen, angestellt) des behandelnden Arztes oder dem „Abrechnungssubjekt“ (Arzt, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ).

Siehe auch Kommentar zu 3.1 Behandlungsfall.

3.4 Arztfall

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

Kommentar:

Auch der Begriff „Arztfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition der Bundesmantelverträge, auf die ausdrücklich abgestellt wird, findet sich in § 21 Abs. 1b BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1b BMV-Ärzte/Ersatzkassen.

Beim Arztfall kommt es nun nur auf die Person des behandelnden Arztes an. Wird derselbe Versicherte in einem Quartal von demselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt behandelt, handelt es sich um einen Arztfall, unabhängig davon, in welcher Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte die Behandlung stattgefunden hat.

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall (s. Allgemeine Bestimmung VI-1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung).

Bei einer kurativ-ambulantem und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulanter Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), die nicht im Anhang 1 (Spalten VP und/oder GP) aufgeführt sind (s. Allgemeine Bestimmung 2.1.6) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung den Gebührenordnungspositionen 01210 bzw. 01212 (Not(-fall)pauschale im organisierten Not(-fall)dienst) ist für die Berechnung einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes notwendig.

Kommentar:

Diese Pauschalen haben die früheren Ordinations- und Konsultationskomplexe abgelöst und setzen die bereits im EBM 2000plus begonnene Tendenz zur Pauschalierung der Vergütung ärztlicher Leistungen weiter fort.

Diese in den jetzigen Pauschalen „aufgegangenen“ Leistungen sind im Anhang 1 enthalten. Da sie Bestandteil der Pauschalen sind, sind sie nicht etwa entfallen, sondern weiterhin zu erbringen, nur werden sie nicht gesondert vergütet. Sie können deshalb weder privat in Rechnung gestellt noch durch andere Leistungen „ersetzt“ werden. Letzteres wäre eine Umgehung der Pauschalierung.

Die Versicherten- und Grundpauschalen werden ab dem 1.10.2013 nach fünf (zuvor drei) Altersklassen unterschiedlich hoch bewertet

- für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr,
- für Versicherte vom 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18 Lebensjahr,
- für Versicherte vom 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr,
- für Versicherte vom 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75 Lebensjahr,
- für Versicherte ab dem 76. Lebensjahr.

Voraussetzung für die Berechnung ist ein kurativer Arzt-Patienten-Kontakt. Beim ersten solchen Kontakt können die Pauschalen von den jeweils in der Präambel des entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitels genannten Ärzten berechnet werden. Ein rein präventiver Kontakt, wenn er denn wirklich so stattfindet, reicht nicht aus. berechnungsfähig sind sie einmal im Behandlungsfall bzw. wenn die Behandlung arztpraxisübergreifend stattfindet, einmal im Arztfall (s.o. unter 3.4 und unten unter 4.3.4).

Findet neben einer kurativ-ambulantem im selben Quartal auch eine belegärztliche Behandlung des gleichen Patienten statt, können die Pauschalen bei Vorliegen den Voraussetzungen zweimal berechnet werden, allerdings die zweite Pauschale nur noch zu 50 % der Punktzahl.

Wird eine Konsultationspauschale (Nr. 01436) berechnet, ist für die Berechnung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale im selben Behandlungsfall mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich..

Bei Auftragsüberweisungen zu Leistungen, die nicht als Bestandteil der Grund- oder Versichertenpauschale in der Anlage 1 aufgeführt sind, kann, wenn der Überweisungsempfänger nicht ein Arzt ist,

der nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge nur auf Überweisung tätig werden darf, von diesem anstelle der Versicherten- oder Grundpauschale nur die Konsultationspauschale nach Nr. 01436 berechnet werden.

Vielen Praxen ist nicht klar, dass sie wenn sie als Hausarzt eine Nachsorge einer ambulanten OP einen Behandlungsschein zur Mit- und Weiterbehandlung oder auch Zielauftrag bekommen, sie in ihrer Arztsoftware unbedingt einen neuen Abrechnungsschein anlegen müssen, diesen auf 21 Tage nach OP Datum begrenzen und abzurechnen ist die 01436, 88115 (Kennzeichnung amb. Operieren und die 31600 (bei Allgemeinmediziner).

Für den organisierten Notfalldienst ist eine eigene Notfallpauschale (Nr. 01210) vorgesehen. Daneben können im Falle eines weiteren persönlichen kurativen Arzt-Patienten-Kontaktes außerhalb des organisierten Notfalldienstes die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

Gebührenordnungspositionen mit diagnostischem und therapeutischen Leistungsinhalt sind als Einzelleistungen, Leistungskomplexe oder Zusatzpauschalen beschrieben. Mit Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

Kommentar:

Hier wird noch einmal das Nebeneinander von Einzel- und Pauschalleistungen im neuen EBM betont. Wobei die Zahl der abrechnungsfähigen Einzelleistungen insbesondere im hausärztlichen Kapitel gegenüber dem EBM 2000plus deutlich abgenommen hat. Allerdings wurden ab dem 1.10.2013 durch den sog. Hausarzt-EBM ausführliche Gespräche für Haus-, Kinder- und Jugendärzte aus den Pauschalen ausgegliedert und können seitdem als Einzelleistungen berechnet werden.

4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind, bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung „X“ für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte, entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien) berechnungsfähig. Für Urethro(-zysto)skopien sind die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.

Kommentar:

Hintergrund der Regelung ist eine zum 1.11.2013 erfolgte Änderung des Personenstandsgesetzes, wonach die Eintragung eines Neugeborenen in das Geburtsregister ohne Angaben des Geschlechts zu erfolgen hat, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.

4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung

4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen und/oder mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient an demselben Ort voraus.

Telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig. Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden.

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß I-4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

Bei den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung mindestens drei oder mehr persönliche bzw. andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt, kann ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen, sofern die Videosprechstunde zu den in der Gebührenordnungsposition 01450 genannten Zwecken erfolgt und dies berufsrechtlich zulässig ist.

Kommentar:

Hier wird definiert, was erfüllt sein muss, um den Begriff „Arzt-Patienten-Kontakt“ des EBM zu erfüllen. Hierfür gibt es zwei Möglichkeiten:

- Zunächst der persönliche Kontakt. Hierfür ist eine Kommunikation „von Angesicht zu Angesicht“ erforderlich mit allen dazugehörigen Aspekten (Worte, Gesten, Mimik).
- Der ebenfalls denkbare nicht persönliche Kontakt kann telefonisch direkt (mit dem Patienten) oder indirekt (mit vom Patienten legitimer Person – sondern mittelbar –) erfolgen. Dieser nicht persönliche Kontakt berechtigt nur zur Abrechnung der Nr. 01435 und auch nur dann, wenn ausschließlich ein telefonischer Kontakt stattfand. Ein telefonischer Arzt-Patienten-Kontakt gestattet nicht die Abrechnung von Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, dazu ist stets **ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** nötig.

Nur ein E-Mail oder ein Briefwechsel oder ein Internet-Chatten sind nicht abrechenbar, da die vorgeschriebenen Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Werden an einer Betriebsstätte an einem Tag zu unterschiedlichen Zeiten berechnungsfähige Leistungen erbracht, müssen die Uhrzeiten angegeben werden.

Ferner ist in besonderen Fällen auch von einem „persönlichen“ Arzt-Patienten-Kontakt auszugehen, wenn die Interaktion indirekt über eine Bezugsperson erfolgt. Allerdings ist das nur unmittelbar, bei gleichzeitiger Anwesenheit von Arzt, Patient und Bezugsperson, möglich. Die Begriffe „Neugeborene“, „Säuglinge“ und „Kleinkinder“ werden nachfolgend unter 4.3.5 erläutert.

Von einer Kommunikationsstörung im Sinne dieser Bestimmung kann nur gesprochen werden, wenn diese auf einer Erkrankung des Patienten beruht, die eine dauerhafte Störung

- der Sprache, z.B. Aphasie nach Schlaganfall oder Hirntumor
 - oder des Gehörs, z.B. angeborene Taubheit, erworbene Taubheit durch Meningitis
- bedingt.

Eine nur vorübergehende Kommunikationsbeeinträchtigung ist ebenso wenig eine Kommunikationsstörung im Sinne des Abschnittes 4.3.1 wie Verständigungsschwierigkeiten aufgrund sprachlicher Probleme.

In 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen sind Ausnahmen (Säugling, Kleinkind, krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestört) fest gelegt, in denen das persönliche Gespräch Arzt/Bezugsperson nur dann als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gewertet werden, wenn Handlungen/Behandlungen, über den Patienten ausgetauscht werden, und in Anwesenheit des Patienten stattfindet. Arzt, Patient und Bezugsperson müssen sich gleichzeitig an demselben Ort (meist Sprechzimmer des Arztes oder Patientenwohnung oder Zimmer) befinden.

Wezel/Liebold schreibt in seinem Kommentar u.a. auch: ... „Der Kontakt kann jedoch z.B. auch im Freien stattfinden. Entscheidend ist die zeitgleiche Interaktion zwischen Arzt, Patient und Bezugsperson...“

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

Die Berechnung von Komplexen und Zusatzpauschalen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen – in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt – zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Die apparative Ausstattung zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte ist beim Vertragsarzt erfüllt, wenn er über die Möglichkeit der Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte verfügt und diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachweisen kann. Für Ärzte, die ausschließlich im Status eines angestellten Arztes tätig sind,

gilt diese Regelung nur für die Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Für die in den Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen und die in Anhang VI-1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

Kommentar:

Aus dem Wesen der Komplexe und Pauschalen folgt, dass diese nur abgerechnet werden können, wenn die Voraussetzungen vorliegen, um alle im Komplex enthaltenen Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Es genügt, wenn die persönlichen Voraussetzungen zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt erfüllt werden und zwar für mindest einen obligatorischen sowie alle fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet bzw. Schwerpunkt. Für die apparative Ausstattung für fakultative Leistungsinhalte reicht es, wenn der Arzt über die Möglichkeit der Erbringung verfügt.

4.3.3 Mindestkontakte

Gebührenordnungspositionen, die eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall voraussetzen, sind auch berechnungsfähig, wenn die Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Arztfall stattfindet. Behandlungs-, krankheits- oder arztfallbezogene Leistungskomplexe und Pauschalen sind nur mit mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Kommentar:

Fordert der EBM für die Abrechenbarkeit einer Leistung eine Mindestzahl von Arzt-Patienten-Kontakten, muss diese nicht zwingend in derselben Betriebsstätte stattfinden. Es reicht, wenn die Mindestzahl im Arztfall erreicht wird.

Ist eine Pauschale bzw. ein Leistungskomplex je Behandlungsfall, Krankheitsfall oder Arztfall berechnungsfähig, ist mindestens eine persönliche Arzt-Patienten-Begegnung erforderlich.

4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit

Sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall. Krankheitsfallbezogene Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten auch bei der Erbringung von Gebührenordnungspositionen bei arztpraxisübergreifender Tätigkeit.

Kommentar:

Wird ein Arzt infolge der flexiblen Möglichkeiten nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz arztpraxisübergreifend tätig, d.h. in mehreren Betriebsstätten, gilt folgendes:

- Stellt der EBM für die Abrechnungsfähigkeit einer Leistung auf den Behandlungsfall ab, gilt in diesem Fall die Voraussetzung als erfüllt, wenn der Arztfall herangezogen wird, es kommt also nicht auf die Identität der Betriebsstätten an.
- Stellt der EBM für die Abrechnungsfähigkeit einer Leistung auf den Krankheitsfall ab, ist dieser auch gegeben, wenn die Behandlung in verschiedenen Betriebsstätten (arztpraxisübergreifend) stattfindet.

4.3.5 Altersgruppen

Die Verwendung der Begriffe Neugeborenes, Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher und Erwachsener ist an nachfolgende Zeiträume gebunden:

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebensstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebensstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersklasse bzw. einem Zeitraum ist das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungsabrechnung im Kalendervierteljahr.

Kommentar:

Diese Bestimmung ist gegenüber dem EBM 2000plus unverändert. Hier finden sich eindeutige – nicht interpretationsfähige – Definitionen der Begriffe „Neugeborenes“, „Säugling“, „Kleinkind“, „Kind“, „Jugendlicher“ und „Erwachsener“, die keine Ausnahmen zulassen.

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

Auch wenn ein „Aufstieg“ in die nächste „Altersklasse“ am Tage nach der ersten Inanspruchnahme bzw. Leistungsabrechnung im Quartal erfolgt, bleibt die bisherige Zuordnung das gesamte restliche Quartal bestehen.

Beispiel: Wird ein Kleinkind im 3. Quartal z.B. am 13. Juli behandelt und vollendet am 6.8. das 3. Lebensjahr – feiert also den 4. Geburtstag – und wird damit nach der Definition zum „Kind“, bleibt die bisherige Zuordnung als „Kleinkind“ das gesamte restliche 3. Quartal bestehen.

4.3.6 Labor

Die Gebührenordnungspositionen 01700, 01701, 12220, 12225 und 32001 sind bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechnungsfähig.

Kommentar:

Die genannten Gebührenordnungspositionen beinhalten die Laborgrundpauschalen sowie den Wirtschaftlichkeitsbonus. Diese sind auch bei der Tätigkeit in mehreren Betriebsstätten (arztpraxisübergreifender Behandlung) nur einmal je Arztfall berechnungsfähig.

4.3.7 Operative Eingriffe

1. Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal: bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³. Nicht anzuwenden ist der Begriff „klein“ bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.

2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.

3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

Kommentar:

Mit dieser Bestimmung zu 1. sollte offensichtlich die Diskussion über sonst gelegentlich subjektiv eingeschätzte Größenverhältnisse beendet und die Begriffsdefinitionen durch klare objektive Größen geklärt werden.

Weiterer offensichtlich aus der Praxis sich ergebender Klärungsbedarf hat zu den Regelungen unter 1. und 2. geführt.

- Danach wird der Begriff „operativer Eingriff“ näher definiert durch Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung, es sei denn, die Leistungsbeschreibung besagt etwas anderes. Ausdrücklich ausgenommen von der Definition werden Punktionen mit Nadeln, Kanülen oder Biopsienadeln.
- Eine weitere Klarstellung erfolgte bezüglich der Lokal- und Leitungsanästhesien, diese sind, soweit sie erforderlich sind, Bestandteil der berechnungsfähigen operativen Leistung.

Rechtsprechung

► Kein Vergütungsanspruch bei fehlender Erforderlichkeit einer stationären Behandlung

Ein Krankenhaus, das im Rahmen der Heilbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung eine Operation stationär durchführt, die auch durch eine ambulante ärztliche Behandlung hätte vorgenommen werden können, hat keinen entsprechenden Vergütungsanspruch. Entscheide dort der Durchgangsarzt, dass eine stationäre Behandlung erforderlich sei, so unterliege die angenommene Erforderlichkeit der vollumfänglichen gerichtlichen Überprüfung, befand das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen. Eine solche sei u.a. zu verneinen, wenn es gereicht hätte, den Patienten nach der Operation für einige Stunden ambulant zu beobachten, um ihn ggf. später stationär aufzunehmen.

Aktenzeichen: LSG Niedersachsen-Bremen, 15.04.2013, AZ: L 3 U 40/10

Entscheidungsjahr: 2013

4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung

In Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die gemäß der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden, können als Zuschlag zu den entsprechenden Grundpauschalen die arztgruppenspezifischen Leistungen für die fachärztliche Grundversorgung der einzelnen Kapitel berechnet werden. Dies gilt im Behandlungsfall entsprechend für die versorgungsbereichs-, schwerpunkt- oder fachgebietsübergreifende Behandlung in Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten, sofern keine von der fachärztlichen Grundversorgung ausgeschlossene(n) Leistung(en) erbracht wird (werden). Die Zuschläge können ausschließlich von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechnet werden. Entspricht der Ermächtigungsumfang eines ermächtigten Arztes bzw. eines ermächtigten Krankenhauses oder eines ermächtigten Instituts dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann die Berechnung der Zuschläge durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

Kommentar:

Mit der Einführung der Pauschalen für die fachärztlichen Grundversorgung zum 1.10.2013 wurde der erste Schritt zur Überarbeitung des EBM getan. Folgen sollen Pauschalen zur hausärztlichen Grundversorgung.

Geplant ist eine Anpassung des EBM, um die wirtschaftliche Situation der grundversorgenden, konservativen Fächer zu verbessern und damit die Grundversorgung zu stärken. Die Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung ist hierzu ein erster Schritt.

Die Pauschale wird einmal im Quartal für jeden Behandlungsfall gezahlt, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Sie wird nur neben der Grundpauschale sowie anderen Grund- und wenigen Beratungsleistungen möglich. Im Anhang 3 zum EBM sind die Leistungen gekennzeichnet, deren Abrechnung zum Ausschluss der Pauschale führt. Auch die Kostenpauschalen des Abschnitts 32.3 gehören zu den „Ausschlussleistungen“. Denn Fachärzte der Grundversorgung erhalten die fachärztliche Grundpauschale nur in den Behandlungsfällen, in denen sie ausschließlich Leistungen der Grundversorgung erbringen.

Nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses gehören folgende Arztgruppen zu den Fachärzten der Grundversorgung:

- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Gynäkologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Innere Medizin ohne Schwerpunkt
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Neurologie
- Nervenheilkunde und Psychiatrie
- Orthopädie
- Phoniatrie und Pädaudiologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychotherapie (ärztliche und psychologische) sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Urologie.

Rechtsprechung

► Keine Abrechenbarkeit fachärztlicher Leistungen ohne Schwerpunktbezeichnung

Einem Arzt ohne entsprechende Schwerpunktbezeichnung muss keine Abrechnungsgenehmigung für fachärztliche Leistungserbringung erteilt werden. Auf die persönliche Qualifikation des Arztes kommt es nicht an, entschied das Bundessozialgericht (BSG). Im vorliegenden Fall wollte ein Arzt für Kinder- und Jugendmedizin ohne Berechtigung, die Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie zu führen, entsprechende fachärztliche Leistungen abrechnen.

Aktenzeichen: BSG, 10.12.2014, AZ: B 6 KA 49/13 R

Entscheidungsjahr: 2014

5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte

5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen von (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren richtet sich unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nach den Arztgruppen, die in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten oder einem Medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind.

In internistischen schwerpunkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen der Präambel III.b-13.1 Nrn. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von I-2.1.3 und I-5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt III.b-13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. In pädiatrischen schwerpunkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von I-2.1.3 und I-5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten nebeneinander berechnungsfähig.

In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Kommentar:

Für Kooperationen der verschiedensten Art gibt es eine Reihe von Sonderregelungen. Dabei ist hervorzuheben, dass ausdrücklich auch ein angestellter Arzt den Grund für die Berechnungsfähigkeit von Leistungen liefern kann, auch wenn der Arbeitgeber die Voraussetzungen nicht erfüllt.

Als Grundsatz gilt: arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können – immer unter der Voraussetzung der Qualifikationsregelungen (s.u. 1.3) von einer Berufsausübungsgemeinschaft, von Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder von Medizinischen Versorgungszentren immer dann berechnet werden, wenn eine der erforderlichen Arztgruppen vertreten ist.

Für internistische Berufsausübungsgemeinschaften mit verschiedenen Schwerpunkten werden Abrechnungsausschlüsse des EBM aus der Präambel zu Kapitel 13 sowie den Anmerkungen einzelner Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen (keine Inhaltsidentität, Kennzeichnung) wieder aufgehoben.

Ähnliches gilt für pädiatrische Berufsausübungsgemeinschaften mit verschiedenen Schwerpunkten.

Ab 2009 wurde ein Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von 10 % eingeführt bei Arztgruppen- oder Schwerpunktgleichheit in Berufsausübungsgemeinschaften bzw. bei Anstellung von Ärzten.

5.2 Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu kennzeichnen.

Kommentar:

Die Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil, aber insbesondere auch die erleichterten Kooperationsmöglichkeiten und die Möglichkeiten, an verschiedenen Orten tätig zu sein, machen es unverzichtbar, dass in der Abrechnung gekennzeichnet wird, wer welche Leistungen erbracht hat. Die Regelung des Bundesmantelvertrages lautet wie folgt:

§ 44 Abs. 7 BMV-Ä:

„Bei der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe der von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgeschriebenen Regelungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten zu kennzeichnen.“

5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen

Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 neben den Gebührenordnungspositionen 05330 und 05331 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.2 neben

I Allgemeine Bestimmungen

6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind

den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.5.3 bzw. der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-36.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-36.5.3 beziehen sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Bei Erbringung der Gebührenordnungsposition durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen findet dieser Ausschluss, auch in (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung.

Kommentar:

Auch hier werden – wie bereits oben unter Abschnitt 5.1 – Abrechnungsausschlüsse des EBM (bei Operationen und Anästhesien) relativiert. Die genannten Abrechnungsausschlüsse gelten nicht, wenn die Leistungen von Ärzten verschiedener Fachgruppen erbracht werden, auch wenn die „Fachgruppenvielfalt“ durch Kooperationen oder angestellte Ärzte bedingt ist.

Hier gilt das bereits zu Abschnitt 5.1 Gesagte, dass es für die Zukunft dringend angeraten wäre, diese Ausnahmen (auch) direkt an den entsprechenden Stellen im EBM deutlich zu vermerken.

6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind

6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen ausübt, richtet sich die Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel nichts anderes bestimmt ist.

Kommentar:

Nimmt ein Vertragsarzt mit mehreren Gebietsbezeichnungen an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wird die Höhe Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale an dem Versorgungsauftrag ausgerichtet. Die noch im alten EBM vorgesehene Orientierung anhand der Abrechnungsnummer wird dann, wenn die neue Nummernsystematik mit Arzt- und Betriebsstättennummer eingeführt wird, nicht mehr zwingend funktionieren, da die neue Arztnummer dann „lebenslang“ gültig ist und damit die Fachgruppe oder den Versorgungsauftrag bei der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr abbilden kann. Hier werden die Kassenärztlichen Vereinigungen neue interne Kriterien schaffen müssen, um die richtige Zuordnung eines Arztes zu den für ihn gültigen Pauschalen zu gewährleisten. Dies gilt um so mehr, als die Zulassungen durch die Zulassungsausschüsse in der Vergangenheit in der Regel nicht den Versorgungsauftrag, für den die Zulassung erteilt wurde, *expressis verbis* benannt haben. Auch wird u.U. eine Änderung notwendig werden.

6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen eines Vertragsarztes, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, richtet sich – mit Ausnahme der Versicherten- bzw. Grundpauschale (s. I-6.1) – unter Berücksichtigung von I-1.3 dieser Bestimmungen nach den berechnungsfähigen Leistungen der Gebiete, in denen er seine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dies gilt gemäß I-2.1.3 nicht für inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.

Kommentar:

Die Berechnungsfähigkeit der übrigen Leistungen eines Vertragsarztes, der mit mehreren Gebietsbezeichnungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, orientiert sich an den für das jeweilige Gebiet abrechnungsfähigen Leistungen. Das gilt nicht für inhaltsgleiche Gebührenordnungsnummern (s.o. zu 2.1.3).

Das bedeutet, dass ein Arzt, der mit den Gebietsbezeichnungen Gynäkologie und Chirurgie zugelassen ist, Leistungen aus den Bereichen Orthopädie und Chirurgie erbringen und abrechnen darf.

6.2.1 Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3

Abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte III.a-4.4 und/oder III.a-4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts III.b-13.3 – mit Ausnahme der Grundpauschalen – durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10 % von der Punktzahl der jeweiligen im selben Arztfall berechneten Gebührenordnungsposition der Abschnitte III.a-4.4, III.a-4.5 und/oder III.b-13.3 möglich.

Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte III.a-4.4, III.a-4.5 und/oder III.b-13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang VI-3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert.

Kommentar:

Diese nicht leicht verständliche Regelung hat das Ziel, bei Behandlungen von Ärzten, die mit mehreren pädiatrischen und/oder internistischen Schwerpunktbezeichnungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bei einer schwerpunktübergreifenden Behandlung eines Patienten ansonsten bestehende Abrechnungsausschlüsse im Interesse eines solchen Behandlung zu beseitigen.

Konkret heißt das: Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) und/oder 4.5 (Pädiatrische Leistungen mit Zusatzweiterbildung) und/oder des Abschnitts 13.3 (schwerpunktorientierte internistische Versorgung) können in einem solchen Fall nebeneinander berechnet werden. **Aber:** Die Punktzahlen werden jeweils um 10 % abgesenkt und die Ausnahme gilt nicht für die Grundpauschale. Konsequenterweise wird dann in diesen Fällen auch die Prüfzeit nach Anhang 3 des EBM bei diesen Leistungen um 10 % gemindert.

6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

Vertragsärzte, die auch als Vertragszahnärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen. Die Berechnung einzelner Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung schließt die Berechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

Kommentar:

Nimmt ein Vertragsarzt gleichzeitig aufgrund einer weiteren Zulassung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, können die Leistungen eines Behandlungsfalls entweder nur über die Kassenärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Die Bildung von zwei Abrechnungsfällen aus einem Behandlungsfall ist unzulässig. Mangels geeigneter Prüfungsmöglichkeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen kann eine Überprüfung der Einhaltung dieser Bestimmung nur durch die Krankenkassen erfolgen, bei der die Daten von KV und KZV vorliegen.

7 Kosten

7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

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,
- Kosten für Filmmaterial,
- Versand- und Transportkosten, ausgenommen jene, die bei Versendungen von Arztbriefen (z.B. Befundmitteilungen, ärztliche Berichte nach der Gebührenordnungsposition 01600, Arztbriefe nach der Gebührenordnungsposition 01601, Kopien eines Berichtes oder eines Briefes an den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 01602) und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-

EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen.

Kommentar:

In diesem Abschnitt ist geregelt, welche Kosten Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungspositionen sind. So hat der Arzt aus dem Honorar für erbrachte Leistungen die allgemeinen Praxiskosten zu finanzieren. Hierzu gehören alle Aufwendungen, die für die freiberufliche ärztliche Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt in eigener Praxis anfallen. Solche allgemeinen Praxiskosten sind Raum- und Raumnebenkosten, Abschreibungen auf Geräte und Einrichtungen, Löhne und Gehälter für die Angestellten, Fortbildungskosten, Mitgliedsbeiträge, Verwaltungskosten für die KV, Wartezimmerliteratur, Bürobedarf, Telefonkosten usw.

Nicht besonders berechnungsfähig sind auch Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind. Hierzu gehören beispielsweise Röntgenfilme und Entwickler, Stromkosten, Desinfektion, Elektroden für das EKG, Reparaturkosten usw.

Im nächsten Spiegelstrich sind bestimmte Kosten für Einmalartikel als in den Leistungen enthalten beschrieben. Dieser Katalog ist abschließend. Alle anderen Einmalartikel sind nach Abschnitt 7.3 gesondert berechnungsfähig.

Schließlich ist hier geregelt, welche Porto- und Versandkosten gesondert berechnet werden können. Diese Kosten sind pauschaliert und nach den entsprechenden EBM Nrn. abrechnungsfähig.

Die Abrechnungspositionen des EBM sind in der Regel so bewertet, dass die üblichen Vorhaltekosten der Praxis bereits enthalten sind (Raummiete, Heizung, Strom, Telefon, Reinigung, Gehälter, fiktiver „Arzt-Lohn“, Anschaffungs- und Betriebs- sowie Wartungskosten für Geräte, Bürobedarf, Wartezimmerlektüre, Fortbildung usw.).

7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.

Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung sind nicht berechnungsfähig, sofern in den Präambeln und Gebührenordnungspositionen des EBM nichts anderes bestimmt ist.

Kommentar:

Die Versandkostenpauschalen für Laborleistungen können z.B. nicht berechnet werden, wenn eine Laborgemeinschaft die Transportwege organisiert hat und ein Laborarzt auf diesen Transportwegen ebenfalls sein Material erhält. Organisiert der Laborarzt den Transportweg für seine Praxis und wird dieser Transportweg auch von der Laborgemeinschaft benutzt, so können Versandkostenpauschalen nicht in Anrechnung gebracht werden, wenn aus demselben Körpermaterial (z.B. einer Blutentnahme) sowohl beim Laborarzt als auch in der Laborgemeinschaft Laborleistungen ausgeführt werden.

Die bereits früher bestehende Regelung für den Transport innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes wurde, der Weiterentwicklung der Versorgungsrealität folgend, ausgedehnt auf Transporte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft und zwischen verschiedenen Betriebsstätten derselben Arztpraxis.

Die Einführung telemedizinischer Leistungen zum 1.6.2016 in den EBM erforderte auch eine Regelung zu den Kosten für erforderliche Übertragungsgeräte (Transmitter).

7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

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.

7 Kosten

Kommentar:

Der Abschnitt 7.3 regelt, welche Kosten nicht in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und deshalb gesondert abgerechnet bzw. auch über Sprechstundenbedarf oder Einzelverordnung angefordert werden können.

Der erste Spiegelstrich dieses Abschnitts ist eine generelle Auffangklausel und besagt, dass alle am Patienten verbrauchten Materialien nicht in den Leistungsansätzen enthalten sind, sofern dies nicht ausdrücklich in der Leistung oder aber in Abschnitt 7.1 festgestellt wird.

Der zweite Spiegelstrich verdeutlicht für einige Einmalartikel diese Regelung.

Im dritten Spiegelstrich ist der einzige Fall der Abrechnungsfähigkeit von Telefonkosten aufgeführt. Telefonkosten – und zwar der Preis je Gebühreneinheit – sind nur dann abrechnungsfähig, wenn ein niedergelassener Arzt mit einem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss. Grundgebühren können als Telefonkosten auch in diesem Fall nicht mit in Ansatz gebracht werden.

7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten

Die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach I-7.3 erfolgt nach Maßgabe der Gesamtverträge.

Kommentar:

Der Inhalt des Kapitels 40 (Kostenpauschalen) ist nach wie vor streng genommen nicht Teil des EBM, sondern Inhalt gesamtvertraglicher Regelungen der Vertragspartner. Da diese aber für Gesamtverträge und EBM dieselben sind, kann über diese Unebenheit hinweggesehen werden.

II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Die Gebührenordnungspositionen dieses Bereiches sind zusätzlich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln aufgeführt. Die Möglichkeit der Berechnung von Gebührenordnungspositionen dieses Bereiches ist für die in den Präambeln zu einem arztgruppenspezifischen Kapitel genannten Vertragsärzte grundsätzlich nur gegeben, wenn sie in der Präambel des arztgruppenspezifischen Kapitels auch aufgeführt sind.

Kommentar:

Die in diesem Kapitel aufgeführten als Einzelleistungen abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen können nur unter bestimmten Voraussetzungen abgerechnet werden. Sie müssen in der Präambel eines arztgruppenspezifischen Kapitels ausdrücklich für die dort genannten Vertragsärzte als abrechnungsfähig verzeichnet sein! Die alleinige Aufnahme in den Abschnitt II des EBM sagt daher noch nichts darüber aus, wer diese Leistungen tatsächlich abrechnen darf.

Beispiel: Nr. 01420 (Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege)

Diese Leistung ist zwar als Einzelleistung im Abschnitt II des EBM verzeichnet, kann aber trotzdem z.B. von Hausärzten nicht abgerechnet werden, da sie im Katalog der Leistungen, die nach der Präambel Nr. 3 zu Kapitel III. a, 3 (Hausärztlicher Versorgungsbereich) zusätzlich zu den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig sind, nicht enthalten ist. Dagegen kann sie z.B. von einem HNO-Arzt abgerechnet werden, da in Nr. 3 der Präambel zu Kapitel III. b, 9 (Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenpositionen) diese Gebührenordnungsposition ausdrücklich als zusätzlich berechnungsfähig genannt ist.

Das heißt, zum einen kann aus der Aufnahme einer Leistung in den Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen) nicht automatisch geschlossen werden, dass alle dort genannten Leistungen in keinem Fall als Einzelleistungen berechnungsfähig sind. Andererseits läßt aber auch eine Aufnahme einer Leistung in den Abschnitt II nicht den Schluss zu, dass sie dann regelmäßig abrechnungsfähig ist.

Es ist also in jedem Fall sehr sorgfältig zu prüfen, welche Inhalte die einzelnen arztgruppenspezifischen Kapitel des Abschnittes III (Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) haben. Nur die dort genannten Leistungen sind für die jeweils in der Präambel genannten Arztgruppen berechnungsfähig.

Siehe aber auch die auf Antrag möglichen Ausnahmen (Kommentar zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5). So kann z. B. ein Internist ohne Schwerpunkt, wenn er bereits am 31.03.2005 zugelassen war, bei seiner KV einen Antrag stellen gastroenterologische Leistungen nach Abschnitt 13.3.3 zu erbringen und abzurechnen, obwohl diese nach Nr. 1 der Präambel zu diesem Abschnitt nur von Fachärzten für innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden dürfen. Voraussetzung ist der Nachweis der erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen für diese Leistungen, sofern solche Voraussetzungen z. B. in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses niedergelegt sind, und der Umstand, dass er zwischen Januar 2003 und 30.6.2004 diese Leistungen schwerpunktmäßig erbracht hat.

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I 196 21,21

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.

Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01955, 01956

in derselben Sitzung 01101, 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411 bis 01413, 01415, 01418, 01950, 01951, 03373, 04373

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ + Zuschlag A, B, D

Die EBM-Nrn. 01100, 01101 und 01102 für Inanspruchnahme zu „Unzeiten“ sind nur für den Vertragsarzt oder seinen persönlichen Vertreter – auch für die telefonische Inanspruchnahme – abrechenbar.

Eine Abrechnung der Nrn. 01100, 01101 und 01103 nebeneinander ist ausgeschlossen.

Ferner ausgeschlossen ist die Abrechnung der Nrn. 01100 und 01101 neben:

- **01210 Notfallpauschale** im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- **01214 Notfallkonsultationspauschale I** im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser – Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt
- **01216 Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr
- **01218 Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr
- **01410 Besuch eines Kranken**, wegen der Erkrankung ausgeführt
- **01411 Dringender Besuch** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt, zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr und/oder Besuch im organisierten Not(-fall)dienst und/oder Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser
- **01412 Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt – Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume oder Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

- **01413 Besuch eines weiteren Kranken** in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
- **01950** Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- **01951** Zuschlag zu der **Gebührenordnungsposition** 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember
- **präventiven Leistungen**
- **wenn während der Zeit eine regelmäßige Sprechstundentätigkeit ausgeübt wird.** Die gilt auch für Fälle, in denen ein Patient noch rechtzeitig während der normalen Sprechstunde die Praxis aufsucht und wegen einer längere Wartezeit erst zur „Unzeit“ nach Nrn. 01100 bis 01102 behandelt wird. Ebenso ist die im Rahmen einer ambulanten Operation erforderliche Nachkontrolle, die in dem angegebenen Zeitraum der EBM-Nrn. 01100 und 01101 fällt, nicht abrechenbar.
- wenn der Arzt z.B. einen Patienten samstags zwischen 7 und 19 Uhr einbestellt.

Im Rahmen einer Gruppenbehandlung (2 Patienten sind schon eine Gruppe) kann nur für den ersten Patienten die Leistung nach 01100 oder 11001 berechnet werden.

Die „Unzeit“ EBM-Nrn. 01100 bis 01102 sind jedoch neben der Visite auf Belegstation nach Nr. 01414 abrechenbar.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die gesetzlichen Feiertage im gesamten Bundesgebiet

• Neujahr	• Christi Himmelfahrt
• Karfreitag	• Pfingstmontag
• Ostermontag	• 03.10.Tag der Deutschen Einheit
• 01.05. Maifeiertag	• 25.12. und 26.12. 1. und 2. Weihnachtstag

und in den verschiedenen Bundesländern.

- 06.01. Heilige drei Könige in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen-Anhalt
- Fronleichnam in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, in Sachsen und Thüringen in Gemeinden mit überwiegende katholischer Bevölkerung
- 08.08. Friedensfest in Augsburg
- 15.08 Mariä Himmelfahrt in Bayern (nur in Gemeinden mit überwiegend katholischer Bevölkerung), Saarland
- 31.10 Reformationstag in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt nur in Gemeinden mit überwiegend evangelischer Bevölkerung,
- 01.11 Allerheiligen in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland
- Buß- und Betttag im Saarland

Neben Nrn. 01100 und 01101 abrechenbar sind z. B.

- die arztgruppenspezifische Versichertenpauschale im Hausärztlichen Versorgungsbereich nach Kapiteln III.a und III.b (Hausärzte und Ärzte im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin),
- sowie die Grundpauschale bei Ärzten aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich Kapitel III.B 5 bis 27

bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt.

Für eine erforderliche und vereinbarte „vorgesehene“ Inanspruchnahme z. B.

eines Verbandswechsels am Sonntag ist im EBM keine Gebührenordnungs-Nr. vorhanden, so dass nur die erbrachte Leistung abgerechnet werden kann.

Lediglich bei unvorhergesehener Inanspruchnahme können je nach der Tageszeit die entsprechenden EBM-Nrn. nach 01100 oder 01101 auch am Wochenende abgerechnet werden.

Tipp:

Auf einen Blick: Alle möglichen unvorhergesehenen Inanspruchnahmen und die EBM Nrn.

- Mo.–Fr. 19–22 Uhr = **EBM Nr.01100**
- Mo.–Fr. 22–07 Uhr = **EBM Nr.01101**
- Sa. bei reguläre Sprechstunde 07–14 Uhr = **EBM Nr.01102**
- Sa. So, feiertags 24./31.12., 07–19 Uhr = **EBM Nr.01100**
- Sa., So., feiertags, 24./31.12. 19–07 Uhr = **EBM Nr.01101**

01101**Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten****313**
33,87

- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.

Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01955, 01956

in derselben Sitzung 01100, 01102, 01205, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411 bis 01413, 01415, 01418, 01949, 01950, 01951, 03373, 04373 und 37306

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ + Zuschläge A, B, C, D zu erbrachten Beratungen oder Untersuchungen

Kommentar:

Siehe Kommentar zu Nr. 01100

Die EBM-Nrn. 01100, 01101 und 01102 für Inanspruchnahme zu „Unzeiten“ sind nur für den Vertragsarzt oder seinen persönlichen Vertreter – auch für die telefonische Inanspruchnahme – abrechenbar.

Eine Abrechnung der Nrn. 01100, 01101 und 01103 nebeneinander ist ausgeschlossen.

Ferner ausgeschlossen ist die Abrechnung der Nrn. 01100 und 01101 neben einer Reihe weiterer Leistungen – siehe Legende der Leistung.

Im Rahmen einer Gruppenbehandlung (2 Patienten sind schon eine Gruppe) kann nur für den ersten Patienten die Leistung nach 01100 oder 01101 berechnet werden. Die „Unzeitzeffern“ EBM-Nrn. 01100 bis 01102 sind jedoch neben der Visite auf Belegstation nach Nr. 01414 abrechenbar.

- die arztgruppenspezifische Versichertenpauschale im Hausärztlichen Versorgungsbereich nach Kapiteln III.a und III.b (Hausärzte und Ärzte im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin),
- sowie die Grundpauschale bei Ärzten aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich Kapitel III.B 5 bis 27.

Tipp:

Auf einen Blick: Alle möglichen unvorhergesehenen Inanspruchnahmen und die EBM Nrn.

- Mo.–Fr. 19–22 Uhr = **EBM Nr.01100**
- Mo.–Fr. 22–07 Uhr = **EBM Nr.01101**
- Sa. bei reguläre Sprechstunde 07–14 Uhr = **EBM Nr.01102**
- Sa. So, feiertags 24./31.12., 07–19 Uhr = **EBM Nr.01100**
- Sa., So., feiertags, 24./31.12. 19–07 Uhr = **EBM Nr.01101**

01102**Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr****101**
10,93

Anmerkung Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01413 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der Nr. 01413 in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

Wichtiger Hinweis rückwirkend: Samstagssprechstunde (Psychotherapie)

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können die EBM Nr. 01102 berechnen, wenn sie samstags Patienten behandeln.

Die EBM Nr. 01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) wird rückwirkend zum 01.04.2005 in die Nummer 5 der Präambel zum Abschnitt 23.1 aufgenommen. Die rückwirkende Änderung des EBM wird auf nicht bestandskräftige Honorarbescheide angewendet.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411 bis 01415, 01418, 01949, 01950, 01951, 03373, 04373, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622
am Behandlungstag 01955, 01956

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ + Zuschlag D

Diese Leistung kann nur vom Vertragsarzt oder seinem persönlichen Vertreter abgerechnet werden. Die Leistung kann abgerechnet werden

- am Samstag, wenn generell eine Sprechstunde stattfindet, aber auch wenn Patienten entsprechend zu diesem Termin einbestellt wurden
- bei telefonischer Beratung

1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Nr. I-1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.

2. Bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend der in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Für jede weitere Inanspruchnahme ist im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall ist die Gebührenordnungsposition 01214, 01216 bzw. 01218 zu berechnen. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst die Gebührenordnungsposition 01205 oder 01207 berechnet, sind die Gebührenordnungspositionen 01214, 01216 und 01218 nur mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung abrechnungsfähig.

3. Neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig.

4. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen die Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01223, 01224 und 01226 nur berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.

6. Sofern im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2015 nicht für alle Behandlungsfälle des Quartals die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahmen gemäß Nr. 5 im organisierten Not(-fall)dienst oder von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten oder Krankenhäusern bei Inanspruchnahme in diesem Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt ist bzw. nachgewiesen werden kann, wird abweichend von Nr. 2 für alle Behandlungsfälle in diesem Quartal die erste Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst wie folgt bewertet: 01.01.2008 bis 31.12.2008: 430 Punkte, 01.01.2009 bis 30.9.2013: 475 Punkte, 01.10.2013 bis 31.3.2015: 168 Punkte.

7. Wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, ist die Gebührenordnungsposition 01205 bzw. 01207 zu berechnen.

8. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung bedürfen. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 können nur bei Erfüllung mindestens einer der nachfolgenden gesicherten Behandlungsdiagnosen berechnet werden:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.

9. Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

oder

- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung.

Kommentar:

Im Rahmen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes sind neben den Leistungen nach diesem Abschnitt alle die Leistungen von der Abrechnung ausgeschlossen, die nicht in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die in Abschnitt 1.5. der allgemeinen Bestimmungen enthaltene Abrechnungsbeschränkung für arztgruppenspezifische Leistungen auf die jeweils in der einschlägigen Präambel genannten Arztgruppen gilt hingegen im Notfalldienst nicht.

Die erforderliche Gabe von Infusionen nach EBM Nr. 02100 ist im Notdienst abrechenbar.

Die Abrechnung der Pauschalen nach den Nrn. 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 durch Ärzte oder Einrichtungen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen ist beschränkt auf die Fälle, die als Notfall einer sofortigen Behandlung bedürfen, diese aber im Rahmen des der Kassenärztlichen Vereinigung obliegenden Sicherstellung einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt bzw. eine entsprechende Einrichtung nicht oder nicht unter vertretbaren Umständen in Anspruch nehmen können.

Aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 (B6 KA 3/12 R) war eine Neuregelung zur Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erfolgte Notfallbehandlungen erforderlich geworden. Diese wurden vom Bewertungsausschuss am 17. Dezember 2014 beschlossen – und zwar rückwirkend zum 1. Januar 2008. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Erfordernis eingeführt, bei der Abrechnung der Nrn. 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 8 die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben. Eine Modifikation dieser Regelung erfolgte durch die Einführung einer Nr. 6 nachdem der erste Beschluss von der Aufsichtsbehörde beanstandet worden war.

Mit Wirkung zum 1.4.2017 wurden zudem Schweregradzuschläge für besonders aufwändige Behandlungsfälle eingeführt sowie eine sog. Abklärungspauschale für Patienten, die nicht notfallmäßig in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses oder im organisierten Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst versorgt werden müssen und deshalb in eine Arztpraxis weitergeleitet werden können.

Schweregradzuschläge nach EBM Nrn. 01223 als Zuschlag zur Nr. 01210 und 01224 als Zuschlag zur Nr. 01212. (s. Kapitel 1.2 und Pkt. 8. Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)-dienst) für

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)

- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Nur Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, dafür aber aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine vergleichbar aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung erfolgt, können die Schweregradzuschläge mit einer ausführlicher Begründung berechnet werden.

Der Zuschlag nach EBM Nr. 01226 (als Zuschlag zur Nr. 01212) ist ausschließlich bei Nacht, am Wochenende und an Feiertagen bei

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern
 - sowie Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen
 - und/oder Demenz/Parkinson-Syndrom
- berechnungsfähig.

Rechtsprechung

► Rettungssanitäter haften nicht für Fehlentscheidungen des Notarztes

Notarzt und Rettungsdienstorganisationen haben bei der Versorgung von Notfallpatienten unterschiedliche Zuständigkeiten in ihrer lediglich organisatorischen Zusammenarbeit. Die jeweiligen Aufgaben sind im Fall eines Behandlungsfehlervorwurfs seitens des Patienten für Haftungsfragen maßgeblich. Rettungssanitäter und -Assistenten sind weisungsgebunden, sobald ein Notarzt die ärztliche Behandlung am Notfallort übernimmt, und können für Fehlentscheidungen des Notarztes grundsätzlich nicht verantwortlich gemacht werden.

Aktenzeichen: OLG Karlsruhe, 13.08.2014, AZ: 7 U 248/13

Entscheidungsjahr: 2014

► Vergütung von Notfallbehandlungen

Die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im EBM-Ä darf nicht danach differenzieren, ob die Behandlung im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst oder in einem Krankenhaus durchgeführt worden ist. Für eine unterschiedliche Bewertung gibt es keinen sachlichen Grund; das Gleichheitsgebot des Art. 3 Abs.1 GG wäre verletzt.

Aktenzeichen: BSG, 17.09.2008, AZ: B 6 KA 46/07 R

Entscheidungsjahr: 2008

01205

Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme

**45
4,87**

- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,
- Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung,
- Erhebung Lokalbefund

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Gemäß der Nr. 7 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2 ist die Gebührenordnungsposition 01205 zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.

Neben der Gebührenordnungsposition 01205 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben

Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626, 01955, 01956

im Behandlungsfall 01207, 01210, 01212

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 27310, 30930, 30931, 30932, 30933, 37306

Berichtspflicht Nein

Kommentar: **Die Abklärungspauschale:** Für Patienten, die nicht notfallmäßig in der Notaufnahme im Krankenhaus oder im organisierten Bereitschaftsdienst behandelt werden müssen und deshalb in eine Arztpraxis weitergeleitet werden können, gibt es künftig zwei sogenannte Abklärungspauschalen:

- **Nr. 01205** – bewertet mit 45 Punkten (4,74 Euro) – für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit am Tag (zwischen 7 und 19 Uhr, außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12)
- **Nr. 01207** – bewertet mit 80 Punkten (8,42 Euro) – für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit in der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr, an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12).

Durch die Einführung einer solchen Abklärungspauschale sollen – so die KBV – vor allem die überfüllten Notaufnahmen der Kliniken entlastet werden.

Die KBV erläutert...“ Die Abklärungspauschale kann abgerechnet werden, wenn ein Patient in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden kann, weil er kein Notfall ist. Damit wird die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit und Koordination der weiteren Behandlung vergütet.

Die Ausschlüsse sind die gleichen wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (EBM 01210, 01212, 01214 und 01216 und 01218).

Zudem dürfen neben der Abklärungspauschale nicht die EBM-Kapitel IV-34, IV-33, und IV-35 (bildgebende Diagnostik) abgerechnet werden...”

Siehe KBV Infos: http://www.kbv.de/html/1150_25783.php

Ferner siehe Broschüre: Pressegespräch am 2. Dezember 2016 Vorschläge zur Entlastung der Notfallambulanzen

http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_02_PG_ambulante_Notfallversorgung.pdf

01207

Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme

**80
8,66**

Obligater Leistungsinhalt

- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages
- ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Fakultativer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,
- Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Gemäß der Nr. 7 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2 ist die Gebührenordnungsposition 01207 zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist. Neben der Gebührenordnungsposition 01207 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig. Die Gebührenordnungsposition 01207 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen

01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310 und 30930 bis 30933, 37306 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626, 01955 und 01956
im Behandlungsfall 01205, 01210, 01212

Berichtspflicht Nein**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Bei anderer Gliederung sind die Zuschläge A, B, C, D zu Beratungen und Untersuchungen möglich.

Kommentar:

Siehe auch Kommentar zu Nr. 01205 und siehe KBV Informationen: Zur Entlassung der Notfallambulanz.

http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_02_PG_ambulante_Notfallversorgung.pdf

und siehe unter <http://www.kbv.de/html/28295.php> ein informierendes Video: **Abklärungs- und Notaufnahmepauschale: Von der Notaufnahme in die Arztpraxis**

01210

Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 07:00 Uhr und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

**120
12,99****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang VI-1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition. 01210 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626, 01955, 01956
im Behandlungsfall nicht neben 01212

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01212, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 27310, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ + Zuschläge A, B, C, D

Kommentar:

Nach der Legende kann die Leistung nur berechnet werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

In der Notfallpauschale sind die Leistungen des EBM, die **im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen ...)** verzeichnet sind, integriert (somit auch als Kassenleistungen honoriert) und können damit nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln als Leistung angegeben.

Es ist dem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als individuelle Gesundheitsleistung (IGel) anzubieten und entsprechend privat über GOÄ z. B. als IGel-Leistungen abzurechnen.

Auch Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen sind nicht neben Nr. 01211 berechnungsfähig.

01212

Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

**195
21,10**

– zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages

– **ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 01212 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01210 berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 01212 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

01214

Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

**50
5,41****Obligater Leistungsinhalt**

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme außerhalb der in den Gebührenordnungspositionen 01216 und 01218 angegebenen Zeiten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang VI-1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

Abrechnungsbestimmung je Arzt-Patienten-Kontakt**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626, 01955, 01956

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01211, 01212, 01216, 01218, 01219, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 23220, 27310, 30930, 30931, 30932, 30933, 37306 und Kapitel 35

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ.

Kommentar:

Für die Abrechnung der Notfallkonsultationspauschale I ist auch ein telefonischer Kontakt zwischen Arzt und Patient ausreichend. Die Notfallkonsultationspauschale kann – wenn erforderlich – am selben Tag auch mehrmals abgerechnet werden, nur sollte dann die jeweilige Uhrzeit mit angegeben werden, obwohl eine Begründungspflicht nach Leistungslegende nicht vorgesehen ist.

Neben dieser Leistung sind diagnostische und therapeutische Leistungen abrechenbar, die in Zusammenhang mit der Notfallversorgung des Patienten erforderlich sind. Zu beachten ist aber, ob diese Leistungen durch die Präambel oder durch die Leistungslegenden selber ausgeschlossen sind.

Auch Beratungs-, Gesprächs-, und Erörterungsleistungen sind nicht neben Nr. 01211 berechnungsfähig.

01216

Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

**140
15,15**

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang VI-1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

Abrechnungsbestimmung je Arzt-Patienten-Kontakt

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01460, 01461, 01626, 01955, 01956 in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930, 30931, 30932, 30933 und 37306 und Kapitel 35

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ.

Für die Abrechnung der Notfallkonsultationspauschale II ist auch ein telefonischer Kontakt zwischen Arzt und Patient ausreichend. Die Notfallkonsultationspauschale kann – wenn erforderlich – am selben Tag auch mehrmals abgerechnet werden, nur sollte dann die jeweilige Uhrzeit mit angegeben werden, obwohl eine Begründungspflicht nach Leistungslegende nicht vorgesehen ist.

Neben dieser Leistung sind diagnostische und therapeutische Leistungen abrechenbar, die in Zusammenhang mit der Notfallversorgung des Patienten erforderlich sind. Zu beachten ist aber, ob diese Leistungen durch die Präambel oder durch die Leistungslegenden selber ausgeschlossen sind.

Auch Beratungs-, Gesprächs-, und Erörterungsleistungen sind nicht neben Nr. 01211 berechnungsfähig.

01218

Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

**170
18,40**

- zwischen 22:00 und 7:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang VI-1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

Abrechnungsbestimmung je Arzt-Patienten-Kontakt

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460,01461,01626, 01955, 01956

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01211, 01212, 01214, 01216, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949, 01950, 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 27310, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**Kommentar:**

Für die Abrechnung der Notfallkonsultationspauschale III ist auch ein telefonischer Kontakt zwischen Arzt und Patient ausreichend. Die Notfallkonsultationspauschale kann – wenn erforderlich – am selben Tag auch mehrmals abgerechnet werden, nur sollte dann die jeweilige Uhrzeit mit angegeben werden, obwohl eine Begründungspflicht nach Leistungslegende nicht vorgesehen ist.

Siehe auch Kommentar zu EBM-Nr. 01210.

01220**Reanimationskomplex****1027****111,15****Obligater Leistungsinhalt**

- Künstliche Beatmung und/oder extrathorakale Herzmassage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Einführung einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters(Nr. 02323),
- Blutentnahme durch Arterienpunktion (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),
- Ausspülungen des Magens

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01220 kann für die Reanimation eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt nur in Verbindung mit dem Zuschlag nach der Nr. 01221 berechnet werden.**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 01460,01461,01626

in derselben Sitzung 01856, 01913, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 05372 und Kapitel 5.3, 31.5, 36.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach z.B. GOÄ-Nrn. 429, 430, 431, 433**Kommentar:**

Neben den obligaten Leistungen einer künstlichen Beatmung und/oder extrathorakalen Herzmassage sind die fakultativen Leistungsinhalte der Notfallversorgung wie

- Infusion EBM-Nr. 02100
- Einführung Magensonde EBM-Nr. 02320 und Ausspülen des Magens
- transurethraler Blasenkatheter EBM-Nr. 02323
- Blutentnahme aus Arterien EBM-Nr. 02330
- interarterielle Injektion EBM-Nr. 02331
- Punktionen nach EBM-Nrn. 02340 und 02341

in der Leistung nach EBM-Nr. 01220 integriert und nicht gesondert abrechenbar.

Die EBM-Nr. 01220 kann für die Reanimation eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt nur in Verbindung mit dem Zuschlag 01221 (Koniotomie und/oder endotracheale Intubation(en)) abgerechnet werden.

01221**Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220****203****21,97****Obligater Leistungsinhalt**

- Koniotomie und/oder
- Endotracheale Intubation(en)

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460,01461,01626

in derselben Sitzung 01856, 01913, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 05372 und Kapitel 5.3, 31.5, 36.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) z.B. nach GOÄ-Nrn. 429, 430, 431, 433

Diese Leistung einer Koniotomie und/oder endotrachealer Intubation(en) kann **nur als Zuschlag** zur Reanimation nach EBM-Nr. 01220 berechnet werden.**01222****Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220****288****31,17****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Elektrodefibrillation(en) und/oder
- Elektrostimulation(en) des Herzens

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460,01461,01626

in derselben Sitzung 01856, 01913, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 05372, 13551 und Kapitel 5.3, 31.5, 36.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Leistung(en) nach GOÄ z.B. Nrn. 429, 430, 431, 433

Diese Leistung einer Elektrodefibrillation(en) und/oder Elektrostimulation(en) des Herzens kann **nur als Zuschlag** zur Reanimation nach EBM-Nr. 01220 berechnet werden.**01223****Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß der Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2****128****13,85****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall**Anmerkung** Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.**Abrechnungsausschluss** am Behandlungstag 01460,01461,01626

Kommentar:

Zur Schweregradzuschläge informiert die KVHH im Internet: www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2013/08/604/schweregradzuschlaege.pdf

... „Für die Schweregradzuschläge wurden drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) zum 1. April 2017 in den EBM aufgenommen:

- Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen – am Tag (Tag = 7-19 Uhr; ohne Wochenenden, Feiertage & 24./31.12)
GOP 01223: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210; Bewertung 13,85 Euro (128 Punkte); einmal im Behandlungsfall
- Zuschlag für Patienten mit bestimmten Diagnosen –in der Nacht (Nacht = 19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen & 24./31.12)
O GOP 01224: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Bewertung 21,10 Euro (195 Punkte); einmal im Behandlungsfall
- Zuschlag für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf und bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern – in der Nacht (Nacht = 19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen & 24./31.12)
O GOP 01226: Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212; Bewertung 9,74 Euro (90 Punkte); einmal im Behandlungsfall

Abrechnungshinweise zu Schweregradzuschlägen GOP 01223 und GOP 01224

Beide GOP sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen. Dazu muss eine der folgenden Behandlungsdiagnosen gesichert vorliegen:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise

- Angina pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Ausnahmeregelung:

Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, können die GOP 01223 und 01224 im Einzelfall berechnet werden. Dafür ist eine ausführliche schriftliche Begründung erforderlich.

Abrechnungshinweise zum Schweregradzuschlag GOP 01226

Diese GOP ist nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern
oder
- bei Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)
und/oder
- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Gangschwierigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
und/oder
- Patienten mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson –Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2)

Dieser Zuschlag wird nur nachts (Nacht = 19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen & 24./31.12) gewährt, da die Behandlung nicht durch den behandelnden Arzt erfolgen kann.

Die beiden Schweregradzuschläge sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

(Stand: Dezember 2016)

01224

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß der Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2

195
21,10

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626
im Behandlungsfall 01226

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 01223.

01226

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß der Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2

90
9,74

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01226 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01460, 01461, 01626
im Behandlungsfall 01224

Kommentar: **Die KBV gibt folgenden Abrechnungshinweis:**

... „Diese GOP ist nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern
oder
- bei Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2)

Dieser Zuschlag wird nur nachts (Nacht = 19-7 Uhr; ganztägig an Wochenenden, Feiertagen & 24./31.12) gewährt, da die Behandlung nicht durch den behandelnden Arzt erfolgen kann.

Die beiden Schweregradzuschläge sind nicht nebeneinander berechnungsfähig ...“

1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute

01320*

Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind

92
9,96

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01320 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.

Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.

Ärzte der in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01321, 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar:

Die Grundpauschalen EBM-Nr. 01320 und EBM-Nr. 01321 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäusern bzw. Institute ersetzen die bisher vorhandenen Grundpauschalen nach den EBM-Nrn. 01310 bis 01312, die nach dem Alter der Versicherten eingeteilt waren. Die neuen Pauschalen sind nach ärztlichen Fachgebieten geordnet und Nr. 01320 gilt für Ermächtigte der Fachgebiete:

- Laboratoriumsmedizin,
- Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,

- Nuklearmedizin,
- Pathologie,
- Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie,
- Strahlentherapie,
- Transfusionsmedizin,
- Anästhesiologie,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Humangenetik

In der Regel können jetzt ermächtigte Ärzte und Institute und Krankenhäuser nicht mehr die in den jeweiligen Arzt-Fachgruppen-Kapiteln aufgeführten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen, sondern die neuen Nummern 01320 oder 01321.

Allerdings können (s. Nrn. 01320 und 01321 Allgemeine Bestimmungen) Ärzte der in Nr. 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV anstelle der EBM Nr. 01320 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen.

01321*

Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können

159
17,21

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.

Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.

Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01320, 01600, 01601

Anmerkung Die Nr. 01321 ist nicht neben Nr. 01436 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar:

Die Grundpauschalen EBM-Nr. 01320 und EBM-Nr. 01321 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäusern bzw. Institute ersetzen die bisher vorhandenen Grundpauschalen nach den EBM-Nrn. 01310 bis 01312, die nach dem Alter der Versicherten eingeteilt waren. In der Leistungslegende zur Nr. 01320 sind die entsprechenden Fachgebiete aufgeführt. Die Nr. 01321 gilt für mind. eines der Fachgebiete, die nicht in Nr. 01320 aufgeführt sind.

Allerdings können (s. Nrn. 01320 und 01321 Allgemeine Bestimmungen) Ärzte der in Nr. 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV anstelle der EBM Nr. 01321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen.

Seit Oktober 2013 stellt der Bundesmanteltarif fest, dass der Zulassungsausschuss in der Ermächtigung vorgibt, ob und welche Art von Überweisung durch den Ermächtigten erfolgen darf.

1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen

1. Ein Besuch/eine Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch berechnungsfähig.

2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Gebührenordnungsposition 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

3. Die Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25, 26 und/oder 27 abzurechnen.

4. Bei durchgängiger Behandlung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V nach Ablauf des Versorgungszeitraumes der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist erneut eine Erstverordnung auszustellen.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01418 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.

Kommentar:

zu Pkt. 1–2

Neben den Besuchsgebühren nach diesem Kapitel sind die anlässlich des Besuches durchgeführten Leistungen – unter Beachtung der sonstigen Bestimmungen des EBM – abrechnungsfähig, da die Besuchsgebühr eine Abgeltung des Zeitaufwandes und der Mühen aufgrund des Aufsuchens des Patienten darstellen soll.

Nicht um Besuche im Sinne dieser Vorschrift handelt es sich, wenn ein Arzt einen Ort aufsucht, an dem er zulässigerweise regelmäßig oder auch nur zeitweise seine vertragsärztliche Tätigkeit – auch z.B. als angestellter Arzt – ausübt (wie z. B. Praxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte). Bei Besuchen am Krankenbett in der Belegklinik, aber auch in sonstigen Einrichtungen (geschützten Wohnheimen, Kranken-, Pflegeheimen) ist statt eines Besuches u. U. die Abrechnung einer Visite möglich.

Auch wenn es sich nicht im eigentlichen Sinne um einen „Besuch“ handelt, ist die Tätigkeit des Arztes auch dann abrechnungsfähig, wenn er einen Kranken beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung begleitet (Nr. 01416 EBM).

Wie bei allen Leistungen gilt auch hier, dass eine Abrechnung nur dann möglich ist, wenn der Besuch oder die Visite wirtschaftlich, das heißt, notwendig, zweckmäßig und ausreichend im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist. Reine Gefälligkeitsbesuche ohne medizinische Notwendigkeit sind demgemäß natürlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähig.

Kann ein Besuch nicht vollendet werden, weil z. B. der Arzt den Patienten nicht antrifft (wurde bereits in ein Krankenhaus gebracht, niemand öffnet die Wohnungstür o. ä.), so kann zwar die Besuchsgebühr

sowie die dazugehörige Wegepauschale abgerechnet werden, weitere Leistungen – auch Ordinations- oder Konsultationskomplexe – können aus diesem Anlass nicht abgerechnet werden.

zu Pkt. 3

Die Verordnung von Palliativversorgung (Nrn. 01425 und 01426) können von denjenigen Ärzten abgerechnet werden, die auch berechtigt sind, Leistungen folgender Kapitel zu berechnen:

- Kapitel 3: Hausärztlicher Versorgungsbereich,
- Kapitel 4: Kinder- und Jugendmedizin,
- Kapitel 5: Anästhesiologie,
- Kapitel 7: Chirurgie,
- Kapitel 8: Gynäkologie,
- Kapitel 9: HNO,
- Kapitel 10: Dermatologie,
- Kapitel 13: Innere Medizin,
- Kapitel 14: Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie,
- Kapitel 15: Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
- Kapitel 16: Neurologie / Neurochirurgie,
- Kapitel 18: Orthopädie,
- Kapitel 21: Psychiatrie,
- Kapitel 25: Strahlentherapie,
- Kapitel 26: Urologie,
- Kapitel 27: Physikalische und Rehabilitative Medizin.

zu Pkt. 4

Die Nr.01425 für die Erstverordnung kann nicht jedes Quartal erneut, sondern nur einmal zum Beginn abgerechnet werden, auch wenn es sich um eine durchgängige mehrere Quartale dauernde Palliativversorgung handelt.

zu Pkt. 5

Aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 (B6 KA 3/12 R) war eine Neuregelung zur Höhe der Vergütung für im Krankenhaus erfolgte Notfallbehandlungen erforderlich geworden. Diese wurden vom Bewertungsausschuss am 17. Dezember 2014 beschlossen – und zwar rückwirkend zum 1. Januar 2008. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Erfordernis eingeführt, bei der Abrechnung der Nr. 01418 die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben.

01410

Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt

**212
22,94**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415, 01721, 05230

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 50

Die Leistungslegende beschreibt den normalen vom Patienten bestellten Hausbesuch, der nicht sofort, sondern z. B. erst nach der Sprechstunde ausgeführt werden muss.

Nach der Rechtsprechung liegt ein Besuch nur dann vor, wenn sich der Arzt aus seinem Wirkungskreis oder seinem Aufenthaltsort heraus zum Patienten begibt und nicht der Patient sich bereits im Wirkungsbereich des Arztes aufhält. Der Arzt muss also seine Wohnung, Praxis oder einen anderen Ort verlassen, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken bereitzufinden.

Ein Besuch im Sinne dieser Definition liegt auch dann vor, wenn der Arzt zur Behandlung von Unfallverletzten z.B. auf die Straße gerufen wird.

Ein Besuch im Sinne des EBM liegt nicht vor, wenn der Arzt sich von seiner Wohnung zu einer zweiten (genehmigten) Zweitpraxis begibt, um dort Patienten zu behandeln.

Die Besuchsgebühren nach den Nrn. 01410 bis 01413 setzen einen direkten Arzt-Patienten-Kontakt voraus; ein Aufsuchen des Patienten durch die Arzthelferinnen ist daher

nicht nach den Besuchsnummern abrechenbar. Für den Besuch der Helferin kann aber eine Wegegeldpauschale berechnet werden.

Gefälligkeitsbesuch

Besuchsnummern sind nur dann abrechenbar, wenn der Patient krankheitsbedingt nicht die Praxis des Arztes aufsuchen kann; sogenannte „Gefälligkeitsbesuche“ sind daher grundsätzlich nicht nach den Besuchsnummern abrechenbar.

Hausbesuch auch bei diagnostischen Maßnahmen

Einem Urteil des Sozialgerichtes München zufolge (vom 29.10.1991 – S 131 Ka 1097/91) setzt die Abrechenbarkeit der Besuchsgebühren nicht voraus, dass ausschließlich **therapeutische Maßnahmen** erfolgen. Vielmehr kann die Besuchsgebühr auch im Zusammenhang mit der Erbringung **diagnostischer Leistungen**, (z.B. Blutentnahmen für Labor) abgerechnet werden, wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind.

Dringender Besuch in beschützenden Einrichtungen, Wohnheimen, Pflege- und Altenheimen

Für diese Besuche wurde im EBM 2008 neu die EBM Nr. 01415 eingeführt.

Vergeblicher Besuch

Wenn der Arzt zum Patienten gerufen wird, die ärztlichen Leistungen dort aber nicht mehr ausgeführt werden können, z.B. weil der Patient zwischenzeitlich keiner weiteren ärztlichen Hilfe bedarf oder z.B. vom Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht worden ist, handelt es sich um einen vergeblichen Besuch. In der Regel hat der Vertragsarzt die Unmöglichkeit der weiteren Leistungserbringung nicht zu vertreten, so dass in diesem Fall die Besuchsgebühr sowie das Wegegeld ansetzbar sind. Nicht abgerechnet werden könnten in diesem Fall Ordinations- oder Konsultationskomplex.

Besuch durch nichtärztliche Hilfskraft

Für das **Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis** mit abgeschlossener Ausbildung in einem nicht-ärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen kann eine Kostenpauschale einschl. Wegekosten -entfernungsunabhängig – nach den Nrn. 40240 oder 40260 berechnet werden.

Hausbesuch bei einem Sterbenden oder Verstorbenen

Wird ein Arzt zu einem Moribunden gerufen, der bei seinem Eintreffen bereits verstorben ist, kann der Arzt die entsprechende Besuchsgebühr und die Wegegebühr abrechnen, nicht aber die weiteren mit der Leichenschau verbundenen Leistungen. Untersuchungen zur Todesursache oder Todeszeit sowie die Ausstellung des Totenscheines müssen nach den Bestimmungen der GOÄ Nr. 100 abgerechnet werden. Nach dem jeweiligen Bestattungsgesetz hat die Kosten der Leichenschau nämlich der sogenannte ‚Veranlasser‘ der Leichenschau (Angehörige, Verwandte, ggf. Polizei) zu tragen.

Verweilen beim Patienten außerhalb der Praxis

Wenn ein Verweilen bei dem Patienten erforderlich ist und wenn während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit erfolgt, kann eine Verweilgebühr nach EBM-Nr. 01410 berechnet werden.

Wegepauschale

Neben jedem Hausbesuch – bis auf Nr. 01413 – ist eine Wegepauschale abrechenbar.

Siehe auch die Kommentierungen von Abschnitt 1.4 und Kommentare zu den EBM-Nummern 01411, 01412 und 01415.

01411

Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

469

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

50,76

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01412, 01413, 01414, 01415, 01721, 05230

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nr. 50 mit Zuschlägen nach ggf. E, F, G, H, K2*

In der Legende zur EBM-Nr. 01411 sind die Tage und Zeiten für den dringenden Besuch vorgeschrieben.

Der „unverzüglich nach Bestellung“ ausgeführte Besuch setzt nicht voraus, dass der Arzt sofort alles stehen und liegen lässt, um zum Patienten zu eilen. Unverzüglich bedeutet, ohne schuldhaftes Zögern, so dass der Arzt seinen bereits bei ihm im Sprechzimmer anwesenden Patienten zu Ende behandeln kann. Die EBM-Nr. 01411 kann allerdings nicht angesetzt werden, wenn der Arzt nach einer gewissen Zeit der Behandlung von mehreren Patienten in seiner Praxis eine „Besuchstour“ fährt.

Wird ein Vertragsarzt in dringenden Fällen (z.B. zu einem Verkehrsunfall) gerufen und wird der Patient nicht angetroffen, so kann der Vertragsarzt unter Angabe von Gründen die Nrn. 01411 oder 01412 berechnen.

Wenn ein Verweilen bei dem ggf. Patienten erforderlich ist und während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit erfolgt, kann eine Verweilgebühr nach EBM-Nr. 01440 berechnet werden. Siehe Präambel Ihrer Fachgruppe, ob 01440 abgerechnet werden darf. Werden Besuche zwischen 19 und 7 Uhr (z.B. um 20 Uhr nach oder um 6.45 Uhr vor der Sprechstunde) vereinbart, so gelten diese nicht als dringende Besuche und müssen mit der Nummer für den normalen Hausbesuch EBM-Nr. 01410 abgerechnet werden.

Neben dem Hausbesuch können alle erforderlichen Leistungen abgerechnet werden, auch ein Versicherten- oder Grundpauschalen. Neben jedem Hausbesuch – bis auf Nr. 01413 – ist eine Wegpauschale abrechenbar. Siehe Kommentar zu Nr. 01410.

Der dringende Besuch im Altenheim auf besondere Anforderungen wird mit der neu eingeführten EBM-Nr. 01415 abgerechnet.

01412

Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

**626
67,75**

- Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr

oder

- Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

oder

- Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

oder

- Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01412 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes bzw. für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nicht berechnungsfähig.

Sofern die Partner der Gesamtverträge eigene Regelungen zur Vergütung der dringenden Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume getroffen haben, ist die Gebührenordnungsposition 01412 für die dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411, 01413, 01414, 01415, 01721, 05230

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nr. 50 mit Zuschlägen nach ggf. F, G, H, K2

In der Legende zur EBM-Nr. 01412 sind die Tage und Zeiten für den dringenden Besuch oder die Visite auf Belegstation vorgeschrieben.

Dringende Besuche/Visiten sind immer Besuche/Visiten, die sofort ausgeführt werden. In der Regel spiegelt sich diese Notwendigkeit auch in der angegebenen Diagnose wieder. Wenn der Arzt zum dringenden Besuch/Visite gerufen wird, ist dieser auch abrechenbar und es ist für die Abrechnungsfähigkeit ohne Bedeutung, wenn es sich beim Hausbesuch/der Visite selbst erst herausstellt, dass ein dringender Besuch/eine Visite nicht erforderlich gewesen wäre.

Ansetzen des Wegegeldes nicht vergessen.

Der dringende Besuch im Altenheim wird nach der Nr. 01415 abgerechnet.

Wenn ein Verweilen bei dem Patienten erforderlich ist und während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit erfolgt, kann eine Verweilgebühr nach EBM-Nr. 01440 berechnet werden. Neben dem Hausbesuch können alle erforderlichen Leistungen abgerechnet werden, auch ein Ordinations- oder Konsultationskomplex. Allerdings können die beiden Komplexe nicht bei ein und demselben Arzt-Patienten-Kontakt nebeneinander berechnet werden.

Neben jedem Hausbesuch – bis auf Nr. 01413 – ist eine Wegpauschale abrechenbar.

01413

Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

**106
11,47**

Obligater Leistungsinhalt

- Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418.

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01102 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der Nr. 01413 in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01410, 01411, 01412, 01414, 01415, 01418, 01721, 05230

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 51, ggf. Zuschläge für „Unzeiten“. Bei Kleinkindern ferner Zuschlag nach K2

Kommentar:

Für Mit-Besuche nach Ansatz der Nrn. 01410, 01411 oder 01412 kann nur die reduzierte Gebühr nach Nr. 01413 angesetzt werden. Die EBM Nr. 01102 kann zusätzlich zur EBM Nr. 01413 abgerechnet werden, wenn eine Pflegekraft anmerkt, der Arzt solle bitte noch jemanden anderes auch ansehen.

„Dieselbe soziale Gemeinschaft“ liegt nicht vor, wenn ein Patient beispielsweise in Seniorenresidenz, Schwesternheim oder Studentenheim in seiner abgeschlossenen, eigenen Wohnung besucht wird.

Zu den EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415, 01418 und 01721 und auch für die erste Visite je Tag nach EBM-Nr. 01414 ist die Abrechnung einer Wegpauschale möglich. Eine Wegpauschale kann aber nicht neben der Nummer 01413 berechnet werden.

Merke: eigener Schlüssel, eigener Briefkasten, eigener Eingang = nicht dieselbe soziale Gemeinschaft.

Gemeinsamer Eingang, gemeinsame Post, gemeinsames Essen, kein eigener Haushalt = dieselbe soziale Gemeinschaft.

Ein „eigener Hausstand“ liegt auch dann vor, wenn der Altenheimbewohner sein Essen über eine Zentralküche erhält, die zuvor genannten Kriterien aber erfüllt sind.

Ordinations- und Konsultationskomplexe (nur nicht nebeneinander bei demselben Arzt-Patienten-Kontakt) können abgerechnet werden. Die Wegpauschale kann nur für den ersten Patienten in der sozialen Gemeinschaft berechnet werden. Beim zweiten ggf. dritten Patienten ist diese Pauschale nicht mehr ansetzbar.

Wenn ein Verweilen bei dem Patienten erforderlich ist und wenn während dieser Zeit keine ärztliche Tätigkeit erfolgt, kann eine Verweilgebühr nach EBM-Nr. 01440 berechnet werden.

Auch wenn die besuchten Patienten Mitglieder unterschiedlicher Krankenkassen sind, ist die ermäßigte Besuchsgebühr abzurechnen. Bei Patienten, die nach GOÄ versichert sind, ist dies nicht erforderlich, sondern hier ist eine normale Abrechnung wie bei einem Einzelbesuch möglich.

Palliativmedizinische Betreuung

Wird der Hausbesuch bei einem der Kranken im Rahmen einer palliativmedizinischen Betreuung erbracht, kann bei diesem Patienten zusätzlich die Nr. 03372 berechnet werden.

01414* Visite auf der Belegstation, je Patient 87 9,42

Abrechnungsbestimmung je Patient

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418, 01721

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ: entsprechend oder ähnlich: Visiten im Krankenhaus Nrn. 45, 46 ggf. mit Zuschlag E.-In Pflegeheimen: Nr. 50 ggf. mit Zuschlägen nach ggf. E, F, G, H. Bei Kleinkindern ist zusätzlich ein Zuschlag nach K2 ansetzbar.

Kommentar: Neben der Visite können auch Versicherten- und Grundpauschalen abgerechnet werden. Die Behandlung des Patienten in einem Belegkrankenhaus ist ein eigener Behandlungsfall unabhängig davon, ob vorher eine ambulante kurative Behandlung durchgeführt wurde. Dies bedeutet, dass ein Gynäkologe, der eine Patientin zu einem stationären Eingriff ins Belegkrankenhaus bestellt und im Rahmen seiner ambulanten Behandlung die Grundpauschale schon abgerechnet hat, innerhalb seiner belegärztlichen Tätigkeit noch einmal die Grundpauschale abrechnen kann.

Neben der Visite nach der EBM-Nr. 01414 sind die „Unzeitziffern“ EBM-Nrn. 01100 bis 01102 abrechenbar.

01415 Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt 546 59,09

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01721, 05230

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ: entsprechend oder ähnlich: Ansatz der Nr. 50 mit entsprechenden Zuschlägen E oder ggf. F, G, H. Bei Kleinkindern ist zusätzlich ein Zuschlag nach K2 ansetzbar.

Kommentar: Ein Besuch nach 01415 ist nur dann möglich, wenn der Patient eine Dringlichkeit schildert oder das Pflegepersonal auf die Dringlichkeit hinweist. Nach einer Empfehlung von **Wezel/Liebold** sollte zur Begründung die ärztliche Dokumentation folgende Angaben enthalten:

- Zeitpunkt der Bestellung des Besuches
- geschildertes Krankheitsbild, aus denen diese Dringlichkeit abgeleitet wurde
- beim Patienten erhobenen Befunde sowie
- veranlasste therapeutischen Maßnahmen.

01416 Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung, 90 9,74

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01440

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ: entsprechend oder ähnlich: Nr. 55

Kommentar: Nach 01416 ist die Begleitung eines Kranken zur stationären Versorgung im Krankenhaus ansetzbar. Die Aufwendung von Zeit zur Organisation der Krankenhausaufnahme, Anforderung eines Rettungswagens, etc. ist nicht abrechenbar, da durch die Leistung 01416 abgegolten. Allerdings wären erforderliche Telefonkosten berechnungsfähig.

Für die Rückfahrt vom Krankenhaus zurück zur Praxis kann der Arzt die Kosten z.B. eines Taxis mit entsprechender Quittung in Rechnung stellen.

Werden vom Arzt während der Begleitung im Krankenwagen Versorgungsleistungen erforderlich (Injektionen, Infusionen, Anlage-EKG und Deutung), so sind diese Leistungen auch berechnungsfähig.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG, B 6 KA 35/05 R vom 11. Okt. 2006) sind Verweilgebühren für die Transportzeit nicht ansetzbar. Die Leistung nach 01416 kann auch nur dann berechnet werden, wenn z.B. der Arzt mit einem eigenen Fahrzeug direkt hinter dem Krankentransporter hinterherfährt, so dass ein ständiger Kontakt bei

Verschlechterung des Patienten möglich ist. Führt der Arzt auf einem vom Krankentransport unabhängigen Weg ins Krankenhaus, so ist die Legende nach 01416 nicht erfüllt und kann auch die Leistung nicht berechnet werden. Auch durch einen Eigentransport des Patienten durch einen Arzt in seinem PKW wird die Leistung nach 01416 nicht erfüllt, da nicht jederzeit eine Notfallversorgung gewährleistet ist. In diesen Fällen dürfte der Arzt aber für die Fahrten im eigenen PKW Wegegebühr ansetzen.

01418**Besuch im organisierten Not(-fall)dienst****778**
84,20

Abrechnungsausschlüsse: Die Gebührenordnungsposition 01418 ist in der selben Sitzung nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01415, 01721, 01950, 01955 und 05230 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA**Prüfzeit:** 3**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**01420****Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses****94**
10,17**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anleitung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Überprüfung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierende Gespräche mit einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01420 setzt die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständigen Krankenkassen voraus.

Aufwand in Min.

GOÄ**Kalkulationszeit:** KA**Prüfzeit:** 3**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege kann erfolgen

- zur Vermeidung oder Abkürzung eines stationären Krankenhausaufenthaltes
- zur Sicherung der ärztlichen Behandlung.

Während die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Abkürzung eines Krankenhausaufenthaltes nur für einen Zeitraum von 4 Wochen (mit medizinischer Begründung ist eine Ausnahme und damit ein längerer Zeitraum möglich) verordnet werden darf, ist bei der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung keine Zeitgrenze vorgeschrieben. Sie ist also unbegrenzt abhängig von der Notwendigkeit verordnungsfähig.

Die Leistung nach der EBM-Nr. 01420 kann nur einmal im Quartal abgerechnet werden. Dies gilt auch für den Fall, dass am Anfang eines Quartals eine Verordnung erforderlich ist und dann nach einer gewissen Zeit keine Notwendigkeit mehr dafür besteht, aber z. B. gegen Ende des Quartals wieder eine Verordnung erforderlich ist.

Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):**Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12)****Erläuterung zum Vordruck**

1. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans ist.
In der Verordnung ist anzugeben, ob häusliche Krankenpflege zur Vermeidung der – Krankenhausbehandlung (Krankenhausvermeidungspflege) oder
– zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung (Sicherungspflege) erfolgt.
Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege können Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nur im Zusammenhang mit der Behandlungspflege verordnet werden; dies setzt bei der Sicherungspflege ferner voraus, dass die Satzung der Krankenkasse diese Leistungen vorsieht und der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.

2. Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich der Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.
3. Die Verordnung häuslicher Krankenpflege hat zu unterbleiben, wenn dem Vertragsarzt bekannt ist, dass der Versicherte oder eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) durchführen kann. Ist dies nur für Teilbereiche möglich, so hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben. Kann der Vertragsarzt nicht eindeutig beurteilen, ob eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderliche(n) Maßnahme(n) oder Teilbereiche erbringen kann, so hat er das entsprechende Kästchen rechts neben dem Personalienfeld anzukreuzen.
4. Insbesondere bei der Erstversorgung soll ein Zeitraum von 14 Tagen nicht überschritten werden. Ist eine längere Verordnungsdauer erforderlich, ist sie vom Vertragsarzt zu begründen (Kästchen unterhalb des Personalienfeldes) und es kann eine Folgeverordnung ausgestellt werden. Folgeverordnungen sind innerhalb der letzten 3 Werktage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen. Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausvermeidungspflege ist auf 4 Wochen begrenzt. Eine Verordnung über diesen Zeitraum ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig und kann von der Krankenkasse nur nach entsprechender Feststellung durch den Medizinischen Dienst genehmigt werden.
5. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck insbesondere
 - **die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die häusliche Krankenpflege,**
 - **die zu erbringenden Leistungen sowie**
 - **deren Beginn, Häufigkeit und Dauer**
 anzugeben.
Es sind nur Maßnahmen verordnungsfähig, die in dem in der Anlage der Richtlinie angeführten Leistungsverzeichnis aufgeführt sind. Dabei sind die in dem Verzeichnis enthaltenen Hinweise (Bemerkungsspalte) zur Verordnungsfähigkeit zu beachten und ggf. Besonderheiten (z. B. Beeinträchtigung der Sehfähigkeit) in der Verordnung anzugeben. Soweit darüber hinaus derzeit spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten vertraglich vereinbart sind, sind diese spezifischen Leistungen ebenfalls verordnungsfähig.
 In dem Verzeichnis sind zu einigen behandlungspflegerischen Leistungen Aussagen zur Dauer der Verordnung und zur Häufigkeit der Verrichtungen angegeben; weicht der Vertragsarzt von diesen Empfehlungen ab, hat er dies in der Verordnung zu begründen.
 Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe.
6. Die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite Muster 12a) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse (Rückseite Muster 12b, c). Bis zu ihrer Entscheidung über die Genehmigung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens am zweiten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V.
Werden verordnete Maßnahmen nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, hat die Krankenkasse den Vertragsarzt über die Gründe zu informieren.
 Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Weitere Informationen erhalten Sie unter:

G-BA: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-924/HKP-RL_2014-07-17.pdf in Kraft getreten Oktober 2014

KBV: http://www.kbv.de/html/haeusliche_krankenpflege.php

Tipp:

Prüfen Sie in der Präambel zum Kapitel Ihrer Fachgruppe, ob diese Leistung, die auch im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen) aufgelistet ist, von Ihrer Fachgruppe gesondert abgerechnet werden kann.

Finden Sie diese Leistung **nicht** in einem der Präambel-Absätze als abrechenbar aufgeführt, ist sie nicht berechnungsfähig. Die Leistung ist in der Regel dann bei Ihrer Fachgruppe Bestandteil der Versicherten- oder Grundpauschale und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

01422

Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

134**14,50****Obligater Leistungsinhalt**

- Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau,
- Ärztlicher Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
- Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung der Angehörigen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung,
- Koordinierende Gespräche mit den einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur verordnungs- und berechnungsfähig bei Vorliegen und Angabe der in Nr. 27 a des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen genannten ICD-10-Diagnosen sowie bei Vorliegen der dort genannten Störungen und Einbußen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01422 setzt die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 P der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse voraus.

Steht bereits zum Zeitpunkt der Erstverordnung die Behandlungsfähigkeit des Patienten fest, kann der Zeitraum der Erstverordnung länger als 14 Tage betragen. Die Begründung ist in der Verordnung anzugeben.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01424

Aufwand in Min.

GOÄ**Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./.**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Siehe Kommentar zu EBM Nr. 04124.

01424

Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

134**14,50****Obligater Leistungsinhalt**

- Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Ärztlicher Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
- Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung der Angehörigen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung,
- Koordinierende Gespräche mit den einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

Abrechnungsbestimmung zweimal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur verordnungs- und berechnungsfähig bei Vorliegen und Angabe der in Nr. 27 a des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen genannten ICD-10-Diagnosen sowie bei Vorliegen der dort genannten Störungen und Einbußen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01424 setzt die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 P der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse voraus.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01422

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Psychiatrische Krankenpflege kann nur durch Ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie verordnet werden. Auch Hausärzte können dies verordnen, wenn vorher eine Diagnosesicherung durch einen Arzt der genannten Fachgebiete durchgeführt wurde.

Siehe auch Kommentar zu Nr. 01422.

01425

Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V

253

27,38

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Der § 37b SGB V lautet wie folgt:

§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

- die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
- Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

01426

Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V

152

16,45

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Behandlungsfall

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Siehe § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – siehe in Kommentar zu EBM Nummer 01425.

01430**Verwaltungskomplex****12****1,30****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder
- Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder
- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01430 ist im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nr. 2*

Die Leistung nach EBM Nr. 01430 kann nicht neben anderen Leistungen -Ausnahme sind Pauschalkosten für Porto nach Nr. 40120 ff. –, sondern nur alleine angesetzt werden.

Werden Leistungen entsprechend der Nr. 01430 im Rahmen der Empfängnisregelung, einer Sterilisation oder eines Schwangerschaftsabbruches erbracht, ist die EBM-Nr. 01820 abzurechnen.

Werden ärztliche Anordnungen, Überweisungsscheine und Befunde nicht persönlich dem Patienten oder seinem Angehörigen übergeben, sondern per Post oder per E-mail geschickt, so kann die Leistung nach EBM-Nr. 01430 berechnet werden, aber Portokosten sind nicht berechnungsfähig.

Für die alleinige Übermittlung von Laborwerten auf Vordrucken des Arztes oder einer Laborgemeinschaft ohne weitere Erklärungen kann die Leistung nach EBM-Nr. 01430 nicht angesetzt werden. Nur wenn von der Arzthelferin auf Anweisung des Arztes dem Patienten ein Ergebnis einer Laboruntersuchung erläutert wird, kann die Nr. 01430 berechnet werden.

Wir halten den Vorschlag von Wezel/Liebold in seinem Kommentar, z. B. den Buchstaben „A“ zur Dokumentation bei Auskunftserteilung in die Patientenakte aufzunehmen, für sinnvoll.

01435**Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale****88****9,52****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01435 ist im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01435 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1 oder 3 (mind. 10 Minuten)

Die Leistung gilt nicht nur für tel. Inanspruchnahme, sondern auch für andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte wie z. B. Kontakte ausschließlich über die Eltern oder über Pflegepersonal im Quartal.

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr kann diese Leistung bis zu 2x im Behandlungsfall (Quartal) berechnet werden. Die KV Westfalen-Lippe informiert dazu in ihren Internet-Infos für Vertragsärzte: „...Mit dieser Änderung der GOP 01435 EBM ist das Problem der Berechnung mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakte gelöst. Hintergrund: Mit Einführung des EBM 2008 und dadurch Wegfall der Konsultationsziffer erhielt der Arzt für mittelbare telefonische Arzt-Patienten-Kontakte keine Vergütung, sofern nicht mindestens ein persönlicher Kontakt im Quartal mit dem Patienten stattfand. Erfolgt beispielsweise bei Kindern der einzige Arztkontakt im Quartal telefonisch über die Erziehungsberechtigten oder findet ausschließlich im Quartal ein Kontakt über eine Pflegeperson statt, ist seit Anfang des Jahres (gemeint ist 2008 – die Autoren) keine Leistung abzurechnen. Ab 2009 kann in solchen Fällen nun die neugestaltete EBM-Nr. 01435 berechnet werden ...“

Nr. 01435 ab 01.01.2009 auf einen Blick:

- **Haus- bzw. fachärztliche Bereitschaftspauschale.**
- **Ausschließlich für eine telefonische Beratung** des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung bei Kontaktaufnahme durch den Patienten oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte.
- **Nicht neben einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Arztfall berechnungsfähig.**
- **Abrechnung neben anderen EBM-Nrn. nicht möglich.**
- Einmal mit Behandlungsfall berechnungsfähig. **Ausnahme:** Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- **Abrechnung im organisierten Notfall nicht möglich. Tipp:** In diesem Falle wären die Nrn. 01214, 01216 oder 01218 zzgl. Zuschlag berechenbar.

01436

Konsultationspauschale

18
1,95**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)
- und/oder
- Diagnostik einer/von Erkrankungen eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1, ggf. in mehreren Sitzungen
- und/oder
- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und/oder 31.5, ggf. in mehreren Sitzungen
- und/oder
- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01436 kann nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnet werden.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03000, 03010, 03030, 04000, 04010, 04030 und 30700

- Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Die GOÄ kennt keine entsprechende Pauschalleistung. Es sind die einzelnen erbrachten Leistungen abzurechnen.
- Kommentar:** Versicherten- oder Grundpauschalen dürfen nach § 13 Abs. 4 des Bundesmantelvertrages Ärzte nicht von Ärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin abgerechnet werden.
- Diese Arztgruppen dürfen nur auf Überweisung Patienten behandeln und neben den erbrachten angeforderten Leistungen ggf. die für ihre Arztgruppe ausgewiesenen Konsiliarpauschalen berechnen.

01438

Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576

88
9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse,

Abrechnungsbestimmung höchstens dreimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01438 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576 berechnet wurde.

Entgegen Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 01438 im Behandlungsfall auch neben den Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01435

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar: Dies ist die erste telemedizinische Leistung, die in den EBM aufgenommen wurde. Die Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) kann ab dem 1. April 2016 auch telemedizinisch durchgeführt und abgerechnet werden. Eingeführt wurde diese Leistung für den Kontakt des Arztes mit seinem Patienten zu der ebenfalls ab 1.4.2016 abrechenbaren Leistung telemedizinische Funktionsprüfung definierter kardiologisch rhythmologischer Implantate auch (gesondert abrechnen).

01439

Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

88
9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck der Beratung und der Verlaufskontrolle bei einem Patienten bei mindestens einem der nachfolgenden Anlässe
 - visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
 - visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n)
 - visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)se(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
 - visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
 - auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
 - Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
 - anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle,
- Überprüfung des Vorliegens einer schriftlichen Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Erneute Einbestellung des Patienten,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01439 ist nur berechnungsfähig, sofern die Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde im Rahmen einer Folgebegutachtung durch dieselbe Arztpraxis durchgeführt wird, in der die Erstbegutachtung im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.

Die Gebührenordnungsposition 01439 ist nur berechnungsfähig, wenn in einem der beiden Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

Die Gebührenordnungsposition 01439 ist im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01439 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01439 ist – mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01450 – nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01435, 01438

Kommentar: Die KBV informiert zur Vergütung für die Videosprechstunde u.a.:

... „Konsultation: Videosprechstunden können eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart und eine neue GOP (ab 1. April) in den EBM aufgenommen: ...

- Auf diese GOP wird der Technikzuschlag für die Videosprechstunde (GOP 01450) gezahlt.
- Die GOP 01439 kann abgerechnet werden, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt nur im Rahmen einer Videosprechstunde stattfindet und folglich im Quartal keine Versicherten-beziehungsweise Grundpauschale abgerechnet wird.
- Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung ...“

01440

Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen, wegen der Erkrankung erforderlich,

246
26,62

Abrechnungsbestimmung je vollendete 30 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01440 ist im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen in der Praxis nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01416, 05210, 05211, 05212, 05230, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 08410, 30708, 31820, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31830, 31831, 36820, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 30 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 56*

Die Verweildauer ist gestaffelt und kann für je vollendete 30 Minuten berechnet werden. Der Ansatz der Verweilgebühr nach Nr.01440 setzt voraus, dass der Arzt im Wesentlichen untätig beim Patienten verweilt.

EBM Nr. 01440 ist eine GOP für den Notdienst. Muss der Arzt auf das Eintreffen des **Krankentransportwagens** warten, weil eine stationäre **Notfalleinweisung** erforderlich ist, kann je vollendete 30 Minuten die EBM Nr. 01440 berechnet werden (Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen, wegen der Erkrankung erforderlich).

Wird dem Patienten eine **Infusion** verabreicht, die mindestens zehn Minuten läuft, kommt die EBM Nr. 02100 (Infusion intravenös und/oder in das Knochenmark und/oder mittels

Portsystem und/oder intraarteriell) zum Ansatz. **In einem solchen Fall kann allerdings die Verweilgebühr nicht berechnet werden.**

Sie hat keinen Ausschluss mit 01223, 01224 und 01226.

Tipp:

Prüfen Sie in der Präambel zum Kapitel Ihrer Fachgruppe, ob diese Leistung, die auch im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen) aufgelistet ist, von Ihrer Fachgruppe gesondert abgerechnet werden kann.

Finden Sie diese Leistung **nicht** in einem der Präambel-Absätze als abrechenbar aufgeführt, ist sie nicht berechnungsfähig. Die Leistung ist in der Regel dann bei Ihrer Fachgruppe Bestandteil der Versicherten- oder Grundpauschale und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

01450

Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25 und zu den Gebührenordnungspositionen 01439 und 30700 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

**40
4,33****Obligater Leistungsinhalt**

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten zum Zweck der Beratung und der Verlaufskontrolle bei einem Patienten bei mindestens einem der nachfolgenden Anlässe
 - visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
 - visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunde(n)
 - visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)se(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
 - visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
 - auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle – Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder
 - der Sprache als Verlaufskontrolle – anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle,
- Überprüfung des Vorliegens einer schriftlichen Einwilligung des Patienten in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Erneute Einbestellung des Patienten,

Abrechnungsbestimmung je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur berechnungsfähig, sofern die Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde im Rahmen einer Folgebegutachtung durch dieselbe Arztpraxis durchgeführt wird, in der die Erstbegutachtung im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.

Für die Gebührenordnungsposition 01450 wird ein Punktzahlvolumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 erbrachten Leistungen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für das Punktzahlvolumen für die Gebührenordnungsposition 01450 beträgt 1.899 Punkte je abrechnendem Vertragsarzt.

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Kommentar: **Die KV informiert** (http://www.kbv.de/html/1150_27150.php):

Technik- und Förderzuschlag von bis zu 800 Euro

... „Für Videosprechstunden erhalten Praxen bis zu 800 Euro jährlich pro Arzt. Ab April gibt es für jede Videosprechstunde einen Technikzuschlag von 4,33 Euro (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte). Dieser wird für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal gezahlt, auch mehrmals im Behandlungsfall.

Diese Mittel – bei vier Videosprechstunden pro Woche – dienen zur Hälfte zur Deckung der Kosten, die durch die Nutzung eines Videoanbieters anfallen; die andere Hälfte der Förderung von Videosprechstunden.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass eine Kostendeckung bereits bei zwei Videosprechstunden pro Woche erreicht ist. Die Lizenzgebühren für Videodienste liegen aktuell bei etwa 100 Euro im Quartal...

01460

Aufklärung über die Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 3 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)

**28
3,03**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aushändigung des Informationsblatts der Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln,
- Aufklärung über die verpflichtende Begleiterhebung vor der ersten Verordnung einer Leistung nach § 31 Absatz 6 SGB V

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 1.2

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2016 drei EBM-Ziffern zur Abrechnung einer Cannabisverordnung beschlossen und Ärzte können ab sofort eine Cannabistherapie verordnen und abrechnen (siehe § 31 Abs. 6 SGB V).

Alle drei Leistungen EBM Nrn. 01460, 01461 und 01626 werden extrabudgetär vergütet. Allerdings sind die EBM Nrn. 01460 und 01461 nur bis Ende März 2022 gültig, denn dann endet auch die gesetzlich vorgesehene fünfjährige behördliche Therapie-Auswertung.

Die Ärzte Zeitung informiert: ... „Zudem weist die KBV darauf hin, dass ein Wechsel innerhalb der verschiedenen Cannabis-Darreichungen – von Blüten und Extrakten auf Dronabinol- oder Nabilon-Fertigarzneimittel oder umgekehrt –, als neue Therapie gilt. „Daher kann eine Berechnung je durch die Krankenkasse genehmigter Leistung erfolgen“, heißt es...“

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihre Patienten vor der ersten Verordnung einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren. Bei dieser Aufklärung händigen Sie den Patienten das Informationsblatt des BfArM aus

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Infoblatt_Patienten.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

Weitere Informationen der KBV für Ärzte siehe: http://www.kbv.de/html/1150_31560.php,
Hinweise zur Verordnung: <http://www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php>

01461

Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 4 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)

**92
9,96**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Datenerfassung im Rahmen des Erhebungsbogens der Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln,
- Elektronische Übermittlung des Erhebungsbogens der Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 1.2

Berichtspflicht Nein

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01461 ist je genehmigter Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V nach Ablauf eines Jahres nach Beginn der Therapie oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes einmal berechnungsfähig.

Darüber hinaus ist die Gebührenordnungsposition 01461 für Versicherte, die sich zwischen dem 1. Januar 2022 bis 31. März 2022 in Therapie mit einer genehmigten Leistung nach § 31 Absatz 6 Satz 2 SGB V befinden und für die eine zweite Erhebung erforderlich ist, einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01461 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Kommentar: Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober drei EBM-Ziffern zur Abrechnung einer Cannabisverordnung beschlossen und Ärzte können ab sofort eine Cannabistherapie verordnen und abrechnen (siehe § 31 Abs. 6 SGB V).

Alle drei Leistungen EBM Nrn. 01460, 01461 und 01626 werden extrabudgetär vergütet. Allerdings sind die EBM Nrn. 01460 und 01461 nur bis Ende März 2022 gültig, denn dann endet auch die gesetzlich vorgesehene fünfjährige behördliche Therapie-Auswertung. Die Ärzte Zeitung informiert: ... „Zudem weist die KBV darauf hin, dass ein Wechsel innerhalb der verschiedenen Cannabis-Darreichungen – von Blüten und Extrakten auf Dronabinol- oder Nabilon-Fertigarzneimittel oder umgekehrt –, als neue Therapie gilt. „Daher kann eine Berechnung je durch die Krankenkasse genehmigter Leistung erfolgen“, heißt es...“

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihre Patienten vor der ersten Verordnung einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren. Bei dieser Aufklärung händigen Sie den Patienten das Informationsblatt des BfArM aus https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Infoblatt_Patienten.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

Weitere Informationen der KBV für Ärzte siehe: http://www.kbv.de/html/1150_31560.php, Hinweise zur Verordnung: <http://www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php>

1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge

1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen abrechnet.

2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II-1.5 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.

Kommentar:

Durch diese Regelung soll gewährleistet werden, dass die gleichzeitige Abrechnung von Beobachtungs- und Betreuungsmaßnahmen durch mehrere Ärzte, die tatsächlich beteiligt waren, ausgeschlossen ist.

Sinnvoll wird diese Regelung jedoch nur dann, wenn die vorgeschriebene schriftliche Erklärung auch die Namen der „anderen Ärzte“ enthält, da sonst eine Prüfung z. B. im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung nicht möglich wäre.

Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung

01510*

Dauer mehr als 2 Stunden

502
54,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathetersystem

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines kachektischen Patienten mit konsumierender Erkrankung während enteraler Ernährung über eine Magensonde oder Gastrostomie (PEG) in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V

und/oder

- Beobachtung und Betreuung einer Patientin, bei der ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag der Eizellentnahme, entsprechend der Gebührenordnungsposition 08541

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einer Punktion an Niere, Leber, Milz oder Pankreas

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en)

Anmerkung Für die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ist nur die Gebührenordnungsposition 01510 ; in begründeten Ausnahmefällen unter Angabe des Präparates und der Infusionsdauer die Gebührenordnungsposition 01511 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 30708, 32247, 34502, 34503 und Kapitel 31.5.3, 5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Nach einem BSG-Urteil vom 25. Januar 2017 sind die EBM Nrn. 01510 bis 01512 der Betreuungs- und Beobachtungsleistungen auch von ermächtigten stationären Einrichtungen abrechenbar.

Die Leistungen der EBM Nrn. 01510 bis 01512 können berechnet werden:

- a) wenn der Kranke mehr als 2 Stunden (die reine Betreuungszeit muss mehr als zwei Stunden, also mindestens 121 Minuten gedauert haben) in der Praxis oder praxis-klinischen Einrichtung, nicht jedoch im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung beobachtet und betreut wurde und
- b) wenn es sich um eine der in der Leistungslegende definierten Gruppen von Behandlungsmaßnahmen gehandelt hat.

EBM Nr. 01511 setzt mindestens eine Betreuungszeit von 241 Minuten,

EBM Nr. 01512 setzt 361 Minuten voraus.

Der Arzt darf sich während der Betreuungszeit auch um andere Patienten kümmern und ggf. eine Betreuung und Beobachtung durch eine ausgebildete Hilfskraft sicherstellen.

Die EBM Nrn. 01510 bis 01512 sind je Patient auch dann berechnungsfähig, wenn der Arzt mehrere Patienten gleichzeitig betreut. Der Arzt muss sich aber immer wieder vom Zustand seines speziellen Patienten vergewissern. Infusionen sind Bestandteil der Betreuungsleistung und zusätzlich berechnungsfähig.

Leistungen, die eine nach dem EBM vergütete Beobachtung und/oder Betreuung eines Patienten erfordern, sind an demselben Behandlungstag nicht neben den EBM Nrn. 01510–01512 abrechenbar.

01511* Dauer mehr als 4 Stunden**955**
103,36

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 01510

01512* Dauer mehr als 6 Stunden**1404**
151,95

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 01510

01520* Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

962
104,11

Obligatorer Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291,
- Dauer mehr als 4 Stunden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13310, 13311

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 30708, 32247, 34502, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 31.5.3, 5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 448, 449

Die Leistungen nach Nr. 01520 und 01521 betreffen ausschließlich die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische oder therapeutische Herzkatheteruntersuchung

- 01520 im Zusammenhang mit der EBM-Nr. 34291: **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie**

- 01521 im Zusammenhang mit der EBM-Nrn. 34292: **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTCA, Stent),**

wenn diese sich über einen Zeitraum von mehr als 4 bzw. 12 Stunden hinziehen. Die Leistung der Beobachtung und Betreuung nach EBM-Nr. 01520 oder 01521 ist an demselben Tag nicht neben zahlreichen anderen Betreuungsleistungen, wie sie in den Bestimmungen zur EBM-Nr. 01510 aufgeführt sind, abrechenbar.

01521***Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen****1667**
180,41**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292,
- Dauer mehr als 12 Stunden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13310, 13311

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 30708, 32247, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 31.5.3, 5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 448, 449

Die Leistungen nach Nr. 01520 und 01521 betreffen ausschließlich die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische oder therapeutische Herzkatheteruntersuchung

- 01520 im Zusammenhang mit der EBM-Nr. 34291: **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie**

- 01521 im Zusammenhang mit der EBM-Nrn. 34292: **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTCA, Stent),**

wenn diese sich über einen Zeitraum von mehr als 4 bzw. 12 Stunden hinziehen. Die Leistung der Beobachtung und Betreuung nach EBM-Nr. 01520 oder 01521 ist an demselben Tag nicht neben zahlreichen anderen Betreuungsleistungen, wie sie in den Bestimmungen zur EBM-Nr. 01510 aufgeführt sind, abrechenbar.

01530***Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer angiologischer Leistungen****962**
104,11

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34283,
- Dauer mehr als 4 Stunden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13311, 34291

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13310, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 31.5.3, 5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 448, 449

Die Leistung nach Nr. 01530 und 01531 betreffen ausschließlich die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine angiologisch diagnostische (EBM-Nr. 34283 Serienangiographie) oder therapeutische Maßnahme (Selektiver Darstellung hirnersorgender Gefäße EBM-Nrn. 34284, 34285), wenn sie sich in den entsprechenden Zeitabständen

- Nr. 01530 = mehr als 4 Stunden,
- Nr. 01531 = mehr als 6 Stunden

befinden.

01531*

Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer angiologischer Leistungen

1667
180,41

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische angiologische Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34284 und/oder 34285 und/oder 34286,
- Dauer mehr als 6 Stunden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01531 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30708, 32247, 34502 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01531 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 13310 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01531 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13311 und 34291 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 13310

im Behandlungsfall 13311, 34291

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 31.5.3, 5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 448, 449

Die Leistung nach Nr. 01530 und 01531 betreffen ausschließlich die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine angiologisch diagnostische (EBM-Nr. 34283 Serienangiographie) oder therapeutische Maßnahme (Selektiver Darstellung hirnersorgender Gefäße EBM-Nrn. 34284, 34285), wenn sie sich in den entsprechenden Zeitabständen

- Nr. 01530 = mehr als 4 Stunden,
- Nr. 01531 = mehr als 6 Stunden

befinden.

1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
2. Zweitschriften und alle weiteren als der erste Ausdruck EDV-gespeicherter Dokumentationen von Berichten und Arztbriefen mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01602 sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. Die für Reproduktion und Versendung entstandenen Kosten können nach den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen geltend gemacht werden.
4. Bei Probenuntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 nicht berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungsposition 01640 ist von Vertragsärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen.

Kommentar:

Die Bundesmantelverträge regeln in den genannten Vorschriften, wann und unter welchen Voraussetzungen der Vertragsarzt verpflichtet ist, Auskünfte und sonstige Informationen an die Krankenkasse zu geben. Beispielhaft wird hier § 36 BMV-Ä:

„§ 36 Schriftliche Informationen

(1) Der Vertragsarzt ist befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse zu übermitteln. Wird kein vereinbarter Vordruck verwendet, gibt die Krankenkasse an, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist.

(2) Für schriftliche Informationen werden Vordrucke vereinbart. Vereinbarte Vordrucke, kurz: B.scheinigungen und Auskünfte sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, dass eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält einen Hinweis darüber, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des BMA zu vergüten.

(3) Soweit Krankenkassen Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen, sind die Vertragsärzte bei Vorliegen einer aktuellen Schweigepflichtsentbindung berechtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.“

Da die Übermittlungsart der schriftlichen Mitteilung nicht vorgeschrieben ist, kann diese per normaler Post, aber auch per Fax oder per E-Mail erfolgen. Bei den beiden letztgenannten Übermittlungsarten sind aber hohe Anforderungen an die datenschutzrechtlichen Belange zu stellen. So muss der Arzt sicherstellen, dass Fax bzw. E-Mail nur an den befugten Empfänger gelangen. Kann er das nicht hundertprozentig, sollte er auf diese Art der Übermittlung verzichten. Aus dem Wortlaut der Präambel, insbesondere der Nr. 1.4, ist zu schließen, dass Anlass des Berichts eine vorausgegangene Patientenuntersuchung gewesen sein muss. Entsprechend können reine Befundmitteilungen oder die Mitteilung über das Ergebnis von Probenuntersuchungen keine nach Nrn. 01600 und 01601 abrechnungsfähige Leistung darstellen. Allerdings können in solchen Fällen u. U. Versand- oder Kostenpauschalen nach Kapitel 40 anfallen.

01600 Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

39
4,22

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte III.b-8.5, IV-31.2, IV-32.2, IV-32.3, IV-36.2 und der Kapitel III.b-11, III.b-12, III.b-17, III.b-19, III.b-24, III.b-25 und IV-34 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 01838

am Behandlungstag 31010, 31011, 31012, 31013

im Behandlungsfall 01790, 01791, 01792, 01793, 01835, 01836, 01837, 03000, 03010, 03030, 04000, 04010, 04030, 25213, 30700

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 70

Kommentar:

Wenn ein Patient, bei dem eine berichtspflichtige Leistung erbracht wurde, nicht die Weitergabe eines Befundes an den Hausarzt wünscht oder wenn er gar keinen hat, so ist nach den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 die berichtspflichtige Leistung trotzdem vollständig erfüllt und damit auch abrechnungsfähig.

Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 muss der Bericht immer schriftlich abgefasst werden und kann nicht – auch nicht im Rahmen einer Praxisgemeinschaft – mündlich, d. h. telefonisch übermittelt werden.

Nach den allgemeinen Bestimmungen 7.1 können Versand- bzw. Kostenpauschale nach den EBM-Nrn. 40120 ff. abgerechnet werden. Nicht abrechnungsfähig sind Schreibgebühren. Bei Übermittlung des ärztlichen Berichtes per Fax kann die EBM-Nr. 40120 zusätzlich berechnet werden.

01601

Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten

74
8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schriftliche Informationen zu
 - Anamnese,
 - Befund(e),
 - Epikritische Bewertung,
 - Schriftliche Informationen zur Therapieempfehlung

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte III.b-8.5, IV-31.2, IV-32.2, IV-32.3, IV-36.2 und der Kapitel III.b-11, III.b-12, III.b-17, III.b-19, III.b-24, III.b-25 und IV-34 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 01838

am Behandlungstag 31010, 31011, 31012, 31013

im Behandlungsfall 01790, 01791, 01792, 01793, 01835, 01836, 01837, 03000, 03030, 04000, 04010, 04030, 25213, 25214, 30700

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 75, 80 (Gutachten)

Kommentar:

Nach der Leistungslegende wird eine abschließende Beurteilung (epikritische Bewertung) gefordert, so dass ein allgemeiner Bericht über die Patientenuntersuchung und die entsprechenden Befunde nicht dieser Leistungslegende entspricht, sondern nur der EBM-Nr. 01600.

Alle Kopien für den Hausarzt sind nach der festgelegten EBM-Nr. 01602 berechnungsfähig. Wezel/Liebold weist in seinem Kommentar nochmals darauf hin, dass die zum Zeitpunkt der Untersuchung festgestellten Symptome und Befunde relativ zeitnah am Untersuchungstermin versendet werden sollten, und gibt ein Urteil des Sozialgerichtes Stuttgart AZ.: S11Ka2267/02 vom 14. Mai 2003 an, dass nur in Ausnahmefällen der Zeitraum von 4 Wochen tolerabel ist.

01602

Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z.B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572, 11230 oder 11233 an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

12
1,30

Anmerkung Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztrechnungsnummer oder der Name des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 01602 für die Kopie eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt ist nur berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an einen anderen Arzt erfolgt ist.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211, 25213, 25214

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Berechnung entstandener Kopie-Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar:

Seit dem neuen EBM2000plus wird fast für jeden „Spezialisten“, der diagnostische Leistungen an Patienten vollbringt, der Brief an den Hausarzt bzw. an einen anderen überweisenden Spezialisten zur Grundvoraussetzung für die Abrechnung. Erst mit Versendung dieses Briefes ist die Leistung abgeschlossen.

Erfolgt eine Überweisung von einem Spezialisten zu einem anderen, so ist sowohl ein Arztbrief an den überweisenden Spezialisten und eine Befundkopie an den Hausarzt zu senden.

Hausärzte sollten bei Überweisung ihre Patienten darauf hinweisen, dass der Gebietsarzt unverzüglich eine Befundkopie zusenden muss.

Für die Mehrfertigung kann neben Nr 01602 die Kostenpauschale nach Nr. 40144 zusätzlich berechnet werden

01610

Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze (Muster 55)

14
1,52

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 70

Kommentar:

Erwachsene müssen nicht mehr als 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen aus eigener Tasche für Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen hinzuzahlen. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellung dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Der Begriff der „schwerwiegenden chronischen Krankheit“ wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss in der „Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten“ im Sinne des § 62 SGB V“ wie folgt definiert (§ 2 der Richtlinie):

Schwerwiegende chronische Krankheit

Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Ist eine Person nach zumindest einem dieser Kriterien chronisch erkrankt, beträgt die Belastungsgrenze 1 % des maßgeblichen Jahreseinkommens.

Den betroffenen Patienten ist auf jeden Fall zu empfehlen, alle Quittungen von Zuzahlungen und auch die Quittungen der Praxisgebühr zu sammeln. Wenn im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht wird, dann sollten diese Patienten ihre Einkommensnachweise mit den aufgebrachten Aufwendungen für Zuzahlungen und Praxisgebühren bei der Krankenkasse einreichen. Sie werden dann für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreit.

Zur Abrechnung der Leistung nach Nr. 01610 muss das Muster 55 ausgefüllt sein.

Tipp:

Ausstellung von vereinbarten Vordruckmustern mit den Krankenkassen nach EBM-Nrn. – Stand: 01.07.2009

Vor- druck/ Muster	Bezeichnung	EBM- Ziffer
11	Bericht für den Medizinischen Dienst	01621
20	Wiedereingliederungsplan	01622
22	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten	01612
25	Kurvorschlag des Arztes	01623
41	Arztanfrage	01620
50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse	01620
51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers	01622
52	Anfrage Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	01622
53	Anfrage Arbeitsunfähigkeitszeiten	01621
55	Bescheinigung zur Feststellung des Erreichens der Belastungsgrenze	01610
56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport	01621
61	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	01611
63	Verordnung spezialisierte ambulante Palliativversorgung	–

Prüfen Sie in der Präambel zum Kapitel Ihrer Fachgruppe, ob diese Leistung, die auch im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen) aufgelistet ist, von Ihrer Fachgruppe gesondert abgerechnet werden kann.

Finden Sie diese Leistung **nicht** in einem der Präambel-Absätze als abrechenbar aufgeführt, ist sie nicht berechnungsfähig. Die Leistung ist in der Regel dann bei Ihrer Fachgruppe Bestandteil der Versicherten- oder Grundpauschale und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V **302**
32,68

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 80, 85 (aufwendiges Gutachten)

Kommentar: Die aktualisierten Rehabilitations-Richtlinien finden Sie unter: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23/> - in Kraft getreten am: 04.08.2018

Zur Abrechnung der Leistung nach Nr. 01611 muss das Muster 61 ausgefüllt sein (http://www.kvmv.info/aerzte/25/20/Qualitaetssicherung_aktuell/Reha_Muster61_Erlaeuterungen_14032016.pdf).

01612 Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß den Psychotherapie-Richtlinien **37**
4,00

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 75

Kommentar: Patienten können psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, unmittelbar aufsuchen, doch ist der Aufgesuchte verpflichtet, den Patienten zur Einholung des Konsiliarberichtes spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie den Patienten an einen Konsiliararzt zu überweisen.

Auf der Überweisung hat er dem Konsiliararzt eine kurze Information über die von ihm erhobenen Befunde und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie zukommen zu lassen.

Der Konsiliararzt hat den Konsiliarbericht nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Der Konsiliarbericht ist vom Konsiliararzt insbesondere zum Ausschluss somatischer Ursachen und gegebenenfalls psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Ursachen abzugeben.

Die Angaben sind nur zur Einsicht für den Therapeuten (Muster 22a), den Konsiliararzt (Muster 22c) und gegebenenfalls den Gutachter oder Obergutachter (Muster 22b) selbst bestimmt, die Krankenkasse (Muster 22d) erhält keine Einsicht.

Ist eine psychotherapeutische Behandlung nach Ansicht des Arztes kontraindiziert und wird trotzdem ein Antrag auf therapeutische Behandlung bei der Vertragskasse gestellt, so veranlasst die Krankenkasse eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

01620 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50 **30**
3,25

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01735

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 70

Kommentar: Unter dieser Leistungsziffer sind folgende Anfragen der Krankenkassen abzurechnen:
Muster 41 – Bericht des behandelnden Arztes – Arztanfrage
Muster 50 – Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
Muster 58 – Bescheinigung zur Folgevereinbarung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40142 für Leistung Nr.01620 bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, je Seite, ggf. für den Versand Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen. Kostenpauschale Nr. 40142 für Leistung Nr.01620 bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, je Seite, ggf. für den Versand Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen.

01621 Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56 **44**
8,76

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01735

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 75

Kommentar: Unter dieser Leistungsziffer sind folgende Anfragen der Krankenkassen abzurechnen:
Muster 11 – Bericht für den Medizinischen Dienst
Muster 53 – Anfrage Arbeitsunfähigkeitszeiten
Muster 56 – Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport
Muster 57 – Antrag auf Kostenübernahme für Funktionstraining

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40142 für Leistung Nr.01621 bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, je Seite, ggf. für den Versand Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen.

01622 Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65 **83**
8,98

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 77

Kommentar: Wegen der Wahrung des Datenschutzes ist es in jeden Fall zweckmäßig, das Einverständnis des Patienten (schriftl.) einzuholen.
Siehe Kommentar zu Nr. 01624. Formular 65 siehe bei KBV unter: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_65.pdf.
Vereinbarung über alle Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung - Stand: Oktober 2018 siehe unter https://www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf
Die EBM Nr. 01622 kann für einen ausführlichen schriftlichen Kurplan, ein begründetes schriftliches Gutachten oder eine schriftliche gutachterliche Stellungnahme auf besonderes Verlangen der Krankenkasse berechnet werden.
Sie kann für die Ausstellung der folgenden Vordrucke angesetzt werden:

Vordruck	Leistungsbeschreibung
20a–d	Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers (bei Arbeits- oder sonstigem Unfall und Drittschädigung oder zum ursächlichen Zusammenhang mit einem Versorgungsleiden)
52	Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
65	Ärztliches Attest für/über Kind

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40142 für Leistung Nr.01622 bei Abfassung in freier Form, wenn keine vereinbarten Vordrucke verwendbar sind.

01623 Kurvorschlag des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach Muster 25 **53**
5,74

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 77

- Kommentar:** Der Vordruck Muster 25 (Kurantrag zu Lasten der GKV) besteht aus drei Teilen:
- Selbstauskunftsbogen, in dem der Patient die persönlichen Daten einträgt und ggf. seine Wunschklinik
 - Bogen für die Krankenkasse
 - Bogen für den Arzt

Den Unterlagen sollten noch weitere Schriftstücke beigelegt werden:

- Kopien der vorausgegangenen Operationen
- Kopien der pathologischen Befunde
- sofern vorhanden – eine Kopie des Schwerbehindertenausweises.

Neben der Leistung nach Nr. 01622 kann der Arzt für den Versand Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen.

Vom Patienten erwartete Befundberichte, Anträge und Empfehlungen zu Heilverfahren an die Kostenträger der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der privaten Versicherungen sind keine GKV-Leistungen und nicht mit der EBM-Nr. 01623 berechnungsfähig. Diese Leistungen müssen nach GOÄ-Nr. 77 (Planung und Leitung einer Kur) berechnet werden.

Siehe auch Abrechnungstipp zu Nr. 01610.

01624

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64

210

22,73

Berichtspflicht Nein

- Kommentar:** Die KBV informiert: „Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung der Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt. Hintergrund ist, dass ab 1. Oktober 2018 das Verordnungsverfahren für Vorsorgeleistungen vereinheitlicht wird – hierzu werden die Formulare 64 und 65 neu eingeführt.

Für das Ausstellen des Formulars 64- Das Formular sehen Sie bei der KBV unter http://www.kbv.de/media/sp/Muster_64.pdf . – Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter laut § 24 SGB V – wird die EBM Nr. 01624 neu im Abschnitt 1.6 EBM aufgenommen. Sie ist mit 22,73 Euro bewertet (210 Punkte). Erläuterungen zum Formular unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2018/KVB-VA-180801-SOP-medizinische-Vorsorge-Muetter-Vaeter.pdf>

Für das Ausstellen des Formulars 65 – Ärztliches Attest Kind – ist die EBM Nr. 01622 berechnungsfähig.

Die Leistungslegende der bestehenden GOP 01622 wird um das Formular 65 ergänzt. Erläuterungen zum Formular Nr. 65 finden Sie unter: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_65_Erlaeuterungen.pdf

Die Verordnung auf die Formulare 64 und 65 kann durch Vertragsärzte erfolgen. Eine Verordnung der Vorsorgeleistungen durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich. Beachten Sie bitte zudem, dass für die Verordnung der Leistungen der medizinischen Vorsorge eine Indikation für die Mutter beziehungsweise den Vater vorliegen muss...“

Regelungshintergrund und -inhalt

Für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V wird zum 1. Oktober 2018 ein bundesmantelvertraglich vereinbartes Verordnungsformular eingeführt.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Festlegung der Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Für das Ausstellen des **Musters 65 (Ärztliches Attest Kind)** ist zukünftig die Gebührenordnungsposition 01622 berechnungsfähig. Hierfür wird die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01622 durch Aufnahme des Musters 65 angepasst. **Für das Ausstellen des Musters 64 (Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V) wird im Abschnitt 1.6 EBM die Gebührenordnungsposition 01624 aufgenommen.**

01626

Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von

143
15,48

- Cannabis in Form von getrockneten Blüten
oder
- Cannabis in Form von Extrakten
oder
- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol
oder
- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,

Abrechnungsbestimmung einmal je Erstverordnung

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01626 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 1.2

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Der Bewertungsausschuss hat rückwirkend zum 1. Oktober drei EBM-Ziffern zur Abrechnung einer Cannabisverordnung beschlossen und Ärzte können ab sofort eine Cannabistherapie verordnen und abrechnen (siehe § 31 Abs. 6 SGB V).

Alle drei Leistungen EBM Nrn. 01460, 01461 und 01626 werden extrabudgetär vergütet. Allerdings sind die EBM Nrn. 01460 und 01461 nur bis Ende März 2022 gültig, denn dann endet auch die gesetzlich vorgesehene fünfjährige behördliche Therapie-Auswertung.

Die Ärzte Zeitung informiert: ... „Zudem weist die KBV darauf hin, dass ein Wechsel innerhalb der verschiedenen Cannabis-Darreichungen – von Blüten und Extrakten auf Dronabinol- oder Nabilon-Fertigarzneimittel oder umgekehrt –, als neue Therapie gilt. „Daher kann eine Berechnung je durch die Krankenkasse genehmigter Leistung erfolgen“, heißt es...“

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihre Patienten vor der ersten Verordnung einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren. Bei dieser Aufklärung händigen Sie den Patienten das Informationsblatt des BfArM aus
https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/Infoblatt_Patienten.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

Weitere Informationen der KBV für Ärzte siehe: http://www.kbv.de/html/1150_31560.php,
Hinweise zur Verordnung: <http://www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php>

01630

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

39
4,22

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellen eines Medikationsplans,
- Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Behandlungsfall 03220, 03221, 04220, 04221

im Krankheitsfall 03222, 03362, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227, 30701

Berichtspflicht Nein

Kommentar: 1) Nicht chronisch kranke Patienten, die dauerhaft (Zeitraum > 28 Tage) mindestens 3 systemisch wirkende Medikamente bekommen, können einen Medikationsplan erhalten.

Voraussetzung: 03220 noch nicht abgerechnet, Versichertenpauschale abgerechnet
 Abzurechnen: 01630 einmal im Krankheitsfall – gleichgültig wie oft der Plan geändert wird

- 2) Chronisch kranke Patienten bei denen die Chronikerziffer 03220 bereits abgerechnet wird, wird von Seiten der KV automatisch die Ziffer 03222 hinzugesetzt.

Chroniker (03220)	Nicht Chroniker
Zuschlag zur 03220	Einzelleistung als Zuschlag zur Versichertenpauschale
Berechnet auch ohne Erstellen des Medikationsplanes	Bedingung: Erstellen eines Medikationsplanes
03222/04222 (f. Kinderärzte)	01630
Wert: 1,04€ aktuell	Wert: 4,07€
1x im Behandlungsfall (1 Quartal)	1x im Krankheitsfall (1 Jahr)
Automatische Zusetzung durch die KV	Muss vom Praxispersonal hinzugesetzt werden
Ausschluss: 03362 und 01630 im selben Behandlungsfall	

01640

Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

80
8,66

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Notwendigkeit zur Anlage eines Notfalldatensatzes,
- Einholung der Einwilligung des Patienten zur Anlage eines Notfalldatensatzes und Anlage eines Notfalldatensatzes mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten,
- Übertragung des Notfalldatensatzes auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise zur Erstellung von Notfalldatensätzen gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V,
- Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder einer Bezugsperson,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01640 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nur berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK medizinisch notwendig ist und erstmalig zur Erfassung medizinisch notfallrelevanter Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) und/oder der Medikation) erfolgt.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK ausschließlich zur Erfassung von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten erfolgt.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern auf der eGK des Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) und/oder Angaben der Medikation) vorhanden ist.

Sofern für den Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) auf einer eGK angelegt wurde, die z. B. ausgetauscht oder verloren wurde, ist die Gebührenordnungsposition 01640 für die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes auf die neue eGK des Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 zur Löschung eines Notfalldatensatzes unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01641, 01642

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Die KV Hessen informiert ausführlich u.a.: ... „Für das Anlegen, Aktualisieren und Löschen eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden zum 1. Januar 2018 drei neue Leistungen in den EBM aufgenommen.

Neue EBM Nrn im Abschnitt 1.6 EBM

01640 Anlage des Notfalldatensatzes

01641 Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes

01642 Löschung des Notfalldatensatzes - Auf Wunsch des Patienten

Das Notfalldatenmanagement (NFDm) dient der übersichtlichen Darstellung von Medikamenten, Diagnosen und Informationen, die bei einem Notfall für behandelnde Ärzte wichtig sein können, auf der eGK. Mit Einführung der neuen Leistungen und der TI-Finanzierungsvereinbarung werden die Vorgaben aus dem E-Health-Gesetz umgesetzt.

Die Leistungen für das NFDm

Für das Anlegen eines Notfalldatensatzes können Sie die **EBM Nr. 01640** abrechnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Einwilligung des Patienten eingeholt wird und die Anlage medizinisch notwendig ist. Die **EBM Nr. 01640** kann zudem nur dann abgerechnet werden, wenn noch kein Notfalldatensatz auf der eGK vorhanden ist. Sie sind berechtigt, die Leistung abzurechnen, wenn Sie durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen.

Die neue **EBM Nr. 01641** dient der pauschalen Vergütung für verschiedene Tätigkeiten (z.B. Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes auf der eGK) bezogen auf den Notfalldatensatz, unabhängig davon, ob sie tatsächlich in dem jeweiligen Quartal bei dem Patienten erfolgen. Die **EBM Nr. 01641** wird in der Regel automatisch von der zu jeder Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale zugesetzt.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten müssen sämtliche notfallrelevanten Informationen von Ihnen gelöscht werden. Hierfür können Sie die **EBM Nr. 01642** abrechnen.

Bitte beachten Sie, dass die drei Leistungen im Behandlungsfall nicht nebeneinander abgerechnet werden können. Zudem ist das Anlegen eines Notfalldatensatzes EBM Nr. 01640 nach einer Löschung (**EBM Nr. 01642**) in den unmittelbar folgenden drei Quartalen nicht berechnungsfähig.

Die drei neuen Leistungen (**EBM Nrn. 01640, 01641 und 01642**) sind für alle Fachgruppen mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten vorgesehen.

Die Leistungen sollen für die nächsten drei Jahre extrabudgetär vergütet werden.

Technischen Voraussetzungen

Um die drei neuen Leistungen (**EBM Nrn. 01640, 01641 und 01642**) abrechnen zu können, müssen Sie in Ihrer Praxis über die technischen Voraussetzung der Telematikinfrastruktur (TI) und die erforderlichen Komponenten (Konnektor-Modul NFDm, evtl. zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer und elektronischen Heilberufsausweis) für das NFDm verfügen.

Die Vergütung für die Technik, die Sie zusätzlich für das NFDM benötigen, finden Sie in der TI-Finanzierungsvereinbarung. Sie haben Anspruch auf Erstattung der Kosten ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie nachgewiesenermaßen die benötigten Komponenten für das NFDM vorhalten...

01641

Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

**4
0,43**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01641 nicht berechnungsfähig.

Mit der Gebührenordnungsposition 01641 wird insbesondere die Überprüfung auf Notwendigkeit eines Notfalldatensatzes ohne anschließende Anlage oder die Überprüfung und ggf. Aktualisierung eines vorhandenen Notfalldatensatzes (einschließlich Anpassung des Notfalldatensatzes auf der eGK) und/oder die erstmalige Anlage oder Löschung eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten und/oder die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes, z. B. bei einem Austausch oder Verlust der eGK des Patienten, vergütet.

Die Gebührenordnungsposition 01641 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01640, 01642

Berichtspflicht Nein

Kommentar

Siehe ausführliche Anmerkungen im Kommentar zu EBM Nr. 01640.

01642

Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

**1
0,11**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01642 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01642 ist nur berechnungsfähig, sofern ein Notfalldatensatz mit medizinisch notfallrelevanten Informationen auf der eGK vorhanden ist und der Patient die Löschung sämtlicher Einträge ausdrücklich wünscht.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01640, 01641

Berichtspflicht Nein

Kommentar

Siehe ausführliche Anmerkungen im Kommentar zu EBM Nr. 01640.

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)

1. Für die Berechnung der in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich.
2. Die gemäß diesen Richtlinien vorgeschriebenen (Bild-) Dokumentationen, notwendigen Bescheinigungen und Ultraschalluntersuchungen sind – soweit sie nicht gesondert in diesem Abschnitt aufgeführt sind – Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
3. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.7.4, 1.7.5 und 1.7.7 – mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01776, 01777, 01783, 01790, 01791, 01792, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01820, 01821, 01822, 01826, 01828, 01833, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01840, 01900, 01903, 01913, 01915 – sind vorbehaltlich der Regelung in Nummer 4 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01903 und 01913 sind nicht von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 können von allen Vertragsärzten – soweit dies berufsrechtlich zulässig ist – berechnet werden. Haben an der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition 01910 oder 01911 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition abrechnet.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01790 bis 01793 und 01835 bis 01839 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen des Kapitels III.b-11 abzurechnen.
5. Die Gebührenordnungspositionen 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01833, 01840 und 01915 setzen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
6. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01857, 01903 und 01913 sind die Bestimmungen des Kapitels III.b-5 maßgeblich.
7. Sind neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts weitere ärztliche Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig, so sind diese nach den übrigen Gebührenordnungspositionen anzusetzen.

Kommentar:

Maßgeblich für die Abrechnung von Leistungen aus diesem Abschnitt sind die jeweiligen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in denen Näheres zu Art, Umfang, Häufigkeit der Leistung bzw. Berechtigung zur Erbringung der Leistung usw. geregelt ist. Das gilt auch für die (Bild-)Dokumentationen, die Bescheinigungen sowie Ultraschalluntersuchungen, die nach Maßgabe der Richtlinien Bestandteil der Leistungen sind, auch wenn sie in diesem Abschnitt nicht gesondert aufgeführt werden.

Die Abrechnung bestimmter Leistungen ist zusätzlich an eine Fachgebietsbezeichnung geknüpft oder – umgekehrt – von bestimmten Fachärzten nicht berechnungsfähig. Siehe aber hierzu auch die in der Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5 beschriebenen Ausnahmemöglichkeiten. Anderer Leistungen können nur unter zusätzlichen – an anderen Stellen des EBM definierten – Voraussetzungen abgerechnet werden.

Sind an der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01910 oder 01911 (Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs – Dauer mehr als 2 bzw. 4 Stunden) mehrere Ärzte beteiligt, so kann die Nr. nur von einem Arzt abgerechnet werden, der der Quartalsabrechnung eine Erklärung über eine Vereinbarung über seine exklusive Abrechnung mit aller beteiligten Ärzten beifügen muss.

Weitere hier nicht genannte Leistungen, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig sind, können nach den für sie geltenden übrigen Bestimmungen des EBM abgerechnet werden.

Es empfiehlt sich, für den einzelnen Arzt anhand dieser Bestimmungen ein persönliches Abrechnungsprofil zu erstellen.

01700

Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin für die Erbringung von Laborleistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch bei Probeneinsendung,

23
2,49

Abrechnungsbestimmung je Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) der Abschnitte 1.7.4 und/oder 1.7.5

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 12220, 12225

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.

Die EBM-Nr. 01700 beschreibt die Grundpauschale für die angegebenen Arztgruppen im Falle der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und/oder im Rahmen der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, während die EBM-Nr. 12220 die Grundpauschale je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung beschreibt. Beide Leistungen sind hinsichtlich der Punktzahl gleich gewichtet.

01701

Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Gebührenordnungsposition 01700 aufgeführten Arztgruppen für die Erbringung von Laborleistungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch,

5
0,54

Abrechnungsbestimmung je Behandlungsfall bei Erbringung von Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 1.7.4 und/oder 1.7.5

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 12220, 12225

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.

Für die nicht unter EBM-Nr. 01700 genannten Vertragsärzte gilt im Rahmen der Erbringung von Laborleistungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und/oder zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch eine geringere Pauschale nach EBM-Nr. 01701.

1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

1. Die erste Untersuchung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) wird über die elektronische Gesundheitskarte eines Elternteils abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung, wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine elektronische Gesundheitskarte für das Kind vorliegt.

Kommentar:

Siehe Tabelle der Früherkennungsuntersuchungen ausserhalb des RVL bei 1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen. Maßgeblich für diesen Abschnitt ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinie“) in der jeweiligen Fassung.

Die Kinder-Richtlinie legt fest: Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt neun Untersuchungen gemäß den im Untersuchungsheft für Kinder gegebenen Hinweisen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung folgender Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden:

Untersuchungsstufe		Toleranzgrenze	
U 1	unmittelbar nach der Geburt		
U 2	3. – 10. Lebenstag	U 2	3. – 14. Lebenstag
U 3	5. Lebenswoche	U 3	3. – 8. Lebenswoche
U 4	3. – 4. Lebensmonat	U 4	2. – 4 ½. Lebensmonat
U 5	6. – 7. Lebensmonat	U 5	5. – 8. Lebensmonat
U 6	10. – 12. Lebensmonat	U 6	4. – 9. Lebensmonat
U 7	21. – 24. Lebensmonat	U 7	20. – 27. Lebensmonat
U 7a	34. – 36. Lebensmonat	U 7a	33. – 38. Lebensmonat
U 8	46. – 48. Lebensmonat	U 8	43. – 50. Lebensmonat
U 9	60. – 64. Lebensmonat	U 9	58. – 66. Lebensmonat

Neugeborene haben zusätzlich Anspruch auf ein erweitertes Neugeborenen-Screening nach Anlage 2 der Richtlinien.

Auf einen Blick: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach G-BA

Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Rat der Autoren: Diese Richtlinie sollte ausgedruckt in den Praxen vorliegen, die diese Früherkennungsuntersuchungen durchführen.

01702 Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses **28** **3,03**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01702 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Mit der neuen Methode können Herzfehler bei Neugeborenen besser entdeckt und somit frühzeitiger behandelt werden.

Die KV Hessen informiert:

... „Die EBM Nr. 01702 ist für die eingehende Aufklärung der Eltern zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf kritische angeborene Herzfehler mittels Pulsoxymetrie berechnungsfähig, wenn auf die eingehende Aufklärung keine funktionelle Pulsoxymetrie folgt. Die Durchführung der funktionellen Pulsoxymetrie wird mit der **EBM Nr 01703** (157 Punkte) abgerechnet und beinhaltet u.a. die Aufklärung der Eltern und die Wiederholung der Pulsoxymetrie innerhalb von zwei Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung.

Die GOP enthält die Kosten für die mehrfach verwendbaren Sensoren

Abrechnungsvorgaben

Beide GOP können nur bis zur U2 (Toleranzgrenze bis zum vollendeten 14. Lebenstag) abgerechnet werden, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist.

Bei demselben Neugeborenen kann jeweils eine der neuen GOP – entweder die GOP 01702 oder die 01703 – abgerechnet werden.

Wer darf abrechnen?

Die Leistungen sind von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten und Gynäkologen berechnungsfähig. Sie werden daher in Präambel der EBM-Kapitel 3,4 und 8 aufgenommen ...“

01703

Pulsoxymetrie-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

157
16,99

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß,
- Dokumentation des Pulsoxymetrie-Screenings im Untersuchungsheft für Kinder

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening),
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß innerhalb von 2 Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung,
- Bei positivem Screeningergebnis Veranlassung der Abklärungsdiagnostik bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin möglichst mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie,
- Dokumentation der Kontrollmessung im Untersuchungsheft für Kinder

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01703 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Siehe zu EBM Nr. 01702

01704

Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01711

28
3,03

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 5 der Kinder-Richtlinie (Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening)

Anmerkung Die Beratung zum Neugeborenen-Hörscreening soll möglichst vor dem 2. Lebenstag des Neugeborenen erfolgen.

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 01705, 01706

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Die Leistung fehlt in der GOÄ, abrechenbar wäre ggf. die GOÄ-Nr. 1

Kommentar: Weitere Informationen s. Kinder-Richtlinien bei G-BA im Internet:

<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/>,
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15

01705

Neugeborenen-Hörscreening gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

157
16,99

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der Erstuntersuchung des Neugeborenen mittels TEOAE (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen) oder AABR (auditorisch evozierte Hirnstammpotenziale),

- Dokumentation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen im (gelben) Kinder-Untersuchungsheft,
- Veranlassung der Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 5 der Kinder-Richtlinie (Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening)

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Abrechnungsausschluss**

im Krankheitsfall 01704

in derselben Sitzung 01706

am Behandlungstag 04436, 09324, 14331, 16321, 20324

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar: Weitere Informationen s. Kinder-Richtlinien bei G-BA im Internet:
<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> ,
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15

01706

Kontroll-AABR gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach auffälliger Erstuntersuchung entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition

249
26,95**Obligator Leistungsinhalt**

- Durchführung einer Kontroll-AABR nach auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2,
- Dokumentation der Kontroll-AABR im Kinder-Untersuchungsheft,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten),
- Organisation und Einleitung einer pädaudiologischen Konfirmationsdiagnostik bis zur zwölften Lebenswoche bei auffälligem Befund in der Kontroll-AABR,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Anmerkung** Die Untersuchung kann in begründeten Ausnahmefällen auch spätestens bis zur U3 durchgeführt werden.**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 01705

im Krankheitsfall 01704

am Behandlungstag 04436, 09324, 14331, 16321, 20324

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ- Nummer 1408

01707

Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

135
14,61**Obligator Leistungsinhalt**

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personenberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des erweiterten Neugeborenen-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel I und des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II,

- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 3 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening),
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Probenentnahme(n) von nativem Venen- oder Fersenblut als erste Blutprobe oder Kontrollblutprobe mit Probenaufbereitung im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings und im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01707 kann bis zum vollendeten 10. Lebenstag berechnet werden, sofern die Durchführung des Neugeborenen-Screenings im Untersuchungsheft für Kinder noch nicht dokumentiert ist.

Neben der Gebührenordnungsposition 01707 können Kostenpauschalen für die Versendung von Untersuchungsmaterial des Kapitels 40 berechnet werden.

Abrechnungsausschlüsse

im Behandlungsfall 01709

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. analoger Ansatz der Nr. 26

Aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Erweitertes Neugeborenen-Screening**§ 17 Zielkrankheiten und deren Untersuchung**

(1) Im erweiterten Neugeborenen-Screening wird ausschließlich auf die nachfolgenden Zielkrankheiten gescreent:

2. Hypothyreose
3. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
4. Biotinidasemangel
5. Galaktosämie
6. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
7. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
8. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
9. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)
10. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
 1. Carnitinzyklusdefekte Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
 2. Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
 3. Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
12. Isovalerialanacidämie (IVA)

(2) Das Screening auf die Zielkrankheiten Nummern 1 – 4 erfolgt mit konventionellen Laboruntersuchungsverfahren (Nr. 1 und Nr. 2 mittels immunometrischer Tests [Radioimmunoassays/Fluoroimmunoassays], Nr. 3 mittels eines photometrischen Tests, Nr. 4

mittels eines photometrischen und fluorometrischen Tests). Das Screening auf die Zielkrankheiten Nummern 5 – 12 wird mittels der Tandemmassenspektrometrie durchgeführt.

(3) Die Untersuchung weiterer, nicht in Absatz 1 genannter Krankheiten ist nicht Teil des Screenings. Daten zu solchen Krankheiten sind, soweit technisch ihre Erhebung nicht unterdrückt werden kann, unverzüglich zu vernichten. Deren Nutzung, Speicherung oder Weitergabe ist nicht zulässig. Die im Rahmen des Screenings erhobenen Daten dürfen ausschließlich zu dem Zweck verwendet werden, die vorgenannten Zielkrankheiten zu erkennen und zu behandeln.

01709

Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

**50
5,41**

Obligater Leistungsinhalt

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personenberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf Mukoviszidose,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Probenentnahme von nativem Venen- oder Fersenblut mit Probenaufbereitung im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01709 kann bis zum vollendeten 28. Lebenstag, sofern noch kein Screening auf Mukoviszidose im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist, berechnet werden.

Neben der Gebührenordnungsposition 01709 können Kostenpauschalen für die Versendung von Untersuchungsmaterial des Kapitels 40 berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01707

Berichtspflicht Nein**Kommentar:**

In den Kinder-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>)

ist das Screening der Früherkennung der Mukoviszidose bei Neugeborenen beschrieben. Mit dem Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht sein. Das Mukoviszidose-Screening wird in der Regel zum selben Zeitpunkt wie das erweiterte Neugeborenen-Screening (aus derselben Blutprobe) erfolgen.

Die Tests im Einzelnen (zwei biochemischen Tests und eine DNA-Mutationsanalyse)

- **IRT (= Immun Reaktives Trypsin):** Trypsin wird in der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) gebildet und in den Darm abgegeben, wo es in seiner aktiven Form Nahrungsbestandteile spaltet. Ein Teil des Trypsins gelangt von der Bauchspeicheldrüse auch direkt in die Blutbahn. Bei Mukoviszidose ist die Bauchspeicheldrüse durch den zähen Schleim verstopft und es kommt zu einem Rückstau von Trypsin, wodurch vermehrt Trypsin in das Blut gelangt und dort gemessen werden kann.
- **PAP (= Pankreatitis Assoziiertes Protein):** das PAP ist ein Stressprotein, das von der erkrankten Bauchspeicheldrüse gebildet wird und im Blut von Neugeborenen mit Mukoviszidose erhöht ist.
- **DNA-Mutationsanalyse**

Die Eltern (Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblattes (https://www.g-ba.de/downloads/83-691-422/2016-07-01_Merkblatt_Screening_Mukoviszidose_BF.pdf) durch verantwortlichen Arzt/Ärztin entsprechen aufzuklären.

Die Eltern sind auch bei geleiteten Geburten durch Hebamme oder Entbindungspfleger über den Anspruch des Neugeborenen auf ein Mukoviszidose-Screening zu informieren. Aufklärung und Untersuchung muss von Arzt /Ärztin bis zu einem Alter des Kindes von vier Wochen (z.B. U2 oder U3) vorgenommen werden.

Komplexe für ärztliche Maßnahmen bei Kindern zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) bzw. Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung)

01711**Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)****126****13,64****Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 11 **Prüfzeit:** 8**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 25

Kommentar:

Die Neugeborenen-Erstuntersuchung erfolgt direkt nach der Geburt. Die Beurteilung des AGPAR-Tests

A	Atmung
B	Plus (Herzschlag)
G	Grundhaltung
A	Aussehen (Hautkolorit)
R	Reflexe

erfolgt nach 1 Minute, nach 5 Minuten und 10 Minuten. Desweiteren wird überprüft, ob es irgendeinen Anhalt für Ödeme, Gelbsucht oder eine äußerlich sichtbare Fehlbildung gibt. Wird diese Untersuchung im Krankenhaus ausgeführt, ist sie Bestandteil der stationären Behandlung und kann nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet werden.

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinie“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 können nur abgerechnet werden, wenn sie in dem vorgeschriebenen Zeitraum (einschl. der in den Richtlinien angegebenen Toleranzgrenzen – siehe unter 200107010000 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) erbracht werden.

Die einzelnen Untersuchungen (U1 bis U9) können im Verlauf der Zeit von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

01712**Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2), einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening****401****43,40****Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 19**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Kommentar:

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 können nur abgerechnet werden, wenn sie in dem vorgeschriebenen Zeitraum (einschl. der in den Richtlinien angegebenen Toleranzgrenzen – siehe unter 200107010000 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) erbracht werden.

Die einzelnen Untersuchungen (U1 bis U9) können im Verlauf der Zeit von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

01713 Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Kommentar: Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation (Sonographische Untersuchung der Hüftgelenke nach Maßgabe der in der Anlage 3 dieser Richtlinien angegebenen Durchführungsempfehlungen)

Ernährungshinweise im Hinblick auf Mundgesundheit

Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 können nur abgerechnet werden, wenn sie in dem vorgeschriebenen Zeitraum (einschl. der in den Richtlinien angegebenen Toleranzgrenzen – siehe unter 200107010000 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) erbracht werden.

Die einzelnen Untersuchungen (U1 bis U9) können im Verlauf der Zeit von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

01714 Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Kommentar: Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 können nur abgerechnet werden, wenn sie in dem vorgeschriebenen Zeitraum (einschl. der in den Richtlinien angegebenen Toleranzgrenzen – siehe unter 200107010000 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) erbracht werden.

Die einzelnen Untersuchungen (U1 bis U9) können im Verlauf der Zeit von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

01715 Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

im Behandlungsfall 04431

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Kommentar: Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres**

(„Kinder-Richtlinien“) mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

01716 Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

01717 Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

01718 Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

01719 Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9) **402**
43,51

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04352, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Siehe **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)** mit Hinweisen zu den Untersuchungen und Informationen für die Eltern (zuletzt geändert am 18. Mai 2017)
<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	356 38,53
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03351, 04352, 04353, 27310; im Behandlungsfall 04431	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 31 Prüfzeit: 22 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 26	
Kommentar:	Siehe Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung http://www.kbv.de/media/sp/2016_07_21_Jugend_RL.pdf	

01721	Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach den Gebührenordnungspositionen 01711 und 01712	198 21,43
	Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 01721 kann im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01712 im Belegkrankenhaus durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an demselben Tag nur einmal berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415 und 01421.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 15 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 50	
Kommentar:	Der Besuch im Rahmen der Kinderfrüherkennung kann nur für die Neugeborenen-Erstuntersuchung nach EBM-Nr. 01711 (U1) oder die Neugeborenen-Basisuntersuchung nach EBM-Nr. 01712 (U2) abgerechnet werden. Auch wenn die Untersuchung nach EBM-Nr. 01711 oder EBM-Nr. 01712 per Hausbesuch am Samstag oder an Sonn- oder Feiertagen erfolgt, ist nur die EBM-Nr. 01721 abrechenbar. Wenn die Untersuchung der U1 oder U2 von einem Arzt in einem Belegkrankenhaus durchgeführt wird, so kann auch nur die EBM-Nr. 01721 abgerechnet werden.	

01722	Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Abschnitt C Kapitel III der Kinder-Richtlinie	170 18,40
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01722 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 33050, 33051	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 12 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 413	
Kommentar:	Die sonographische Untersuchung der Säuglingshäfte soll nach den Kinder-Richtlinien im zeitlichen Zusammenhang mit der 3. Früherkennungsuntersuchung, also im Zeitraum zwischen der 4. und 6. Lebenswoche (Toleranzgrenze 3. – 8. Lebenswoche) durchgeführt werden. Ergeben sich bei dieser Untersuchung Anhaltspunkte, dass weitere Kontrolluntersuchungen erforderlich sind, so können diese nur nach der EBM-Nr. 33051 abgerechnet werden. Für die Untersuchung beider Säuglingshöften sind sowohl die EBM-Nrn. 01722 als auch 33051 nur 1x berechnungsfähig. Muss für die Untersuchung ein anderer Arzt beauftragt werden, so kann dies im Rahmen der Überweisung erfolgen; auf dem Überweisungsschein sind Präventiv und Zielauftrag zu markieren. Für Ärzte mit Genehmigung zur Sonographie von Säuglingshöften sind die geänderten Bestimmungen der Anlage V der Ultraschallvereinbarung wichtig:	

Anlage V: Regelmäßige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshäfte nach § 12, Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung sowie Anforderungen an die Dokumentation
– Die Änderungen treten am 01.04.2017 in Kraft.

„§ 1 Inhalt und Ziel

Diese Vereinbarung regelt die zusätzlichen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüften in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01722 und 33051 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes). Mit dieser kontinuierlichen Qualitätssicherungsmaßnahme soll eine stets gleichbleibende Untersuchungsqualität derjenigen Ärzte gewährleistet werden, die die hüftsonographische Untersuchung bei Säuglingen durchführen. Dies betrifft neben der Qualität der Bild- und Schriftdokumentation auch die vom untersuchenden Arzt veranlassten diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen.

§ 2 Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

Ärzte, die eine Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 4 oder § 5 i. V. m. Anlage I Anwendungsbereich AB 10.2 oder § 6 i. V. m. den Anlagen I und II Anwendungsbereich AB 10.2 der Ultraschallvereinbarung erhalten haben, sind zur Aufrechterhaltung ihrer fachlichen Befähigung verpflichtet, unmittelbar nach Abrechnung der ersten 12 Leistungen nach Genehmigungserteilung an einer Initialprüfung und anschließend an regelmäßigen Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentation (Bild- und Schriftdokumentation) jeweils innerhalb von 2 bzw. 5 Jahren teilzunehmen.

§ 3 Umfang

(1) Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Qualität der selbständig durchgeführten sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für mögliche Folgemaßnahmen.

(2) Die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konsequenzen für das vom Arzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind ebenfalls im Umfang der Überprüfung enthalten.

§ 4 Anforderung und Auswahl der Dokumentationen durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von jedem Arzt die Dokumentationen (Bild- und Schriftdokumentationen) über durchgeführte Hüftsonographien bei Säuglingen von mindestens 12 Patienten (Fälle) an. Die Auswahl der anzufordernden Dokumentationen erfolgt, abgesehen von der Initialprüfung, nach dem Zufallsprinzip. Die Stichprobenziehung erfolgt aus den Fällen des gesamten Zeitraums seit der letzten Prüfung.

§ 5 Anforderungen an die Bilddokumentation

Folgende Anforderungen an die Bilddokumentation sind zu erfüllen:

1. Die Identifikation der Patienten muss eindeutig sein (Name, Geburtsdatum, Untersuchungsdatum).
2. Die Ultraschallbilder müssen vom untersuchenden Arzt unterschrieben sein oder es muss der Name des untersuchenden Arztes eindeutig aus der Bilddokumentation hervorgehen.
3. Es sind zwei Ultraschallbilder von jeder Hüfte vorzulegen.
4. Die Seitenbezeichnungen müssen auf jedem Ultraschallbild vorhanden sein.
5. Die Messlinien müssen auf einem der beiden Ultraschallbilder eingezeichnet sein.
6. Erfolgt das Einzeichnen der Messlinien auf einem Papierbildausdruck, so muss das Abbildungsverhältnis mindestens 1,7 : 1 betragen.
7. Alternativ zu einem Papierbildausdruck können die Bilddokumente auch digital eingereicht werden.
8. Folgende Bildmerkmale (anatomische Strukturen) müssen dargestellt und eindeutig erkennbar sein:
 - Knorpel-Knochen-Grenze
 - Hüftkopf
 - Umschlagfalte der Gelenkkapsel
 - Gelenkkapsel

- Labrum acetabulare
- knorpeliges Pfannendach
- Os ilium einschließlich Unterrand
- knöcherner Erker (Umschlagpunkt)

9. Die Ultraschallbilder müssen kippfehlerfrei in der Standardschnittebene nach Graf (Unterrand des Os ilium, mittlerer Pfannendachbereich, Labrum acetabulare) angefertigt sein.

10. Die Winkelbefunde (Alpha- und Beta-Winkel) sowie die Typisierung nach Graf sind auf der Grundlage der Auswertung eines Bildes pro Gelenkseite zu ermitteln.

11. Bei dezentrierten Gelenken kann von der Standardschnittebene nach Graf abgewichen werden.

§ 6 Anforderung an die schriftliche Dokumentation

(1) Die schriftliche Dokumentation der sonographischen Früherkennungs-Untersuchung der Säuglingshüfte hat gemäß Anlage 5 zu Abschnitt B Nr. 3 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) zu erfolgen. Die schriftliche Dokumentation der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte muss neben anamnestischen Angaben – für jede Hüfte getrennt – klinische Angaben wie Stabilität des Hüftgelenks und Abspreizhemmung sowie den Hüfttyp nach Graf einschließlich Alpha- und Beta-Winkel enthalten.

(2) Weiterhin sind die diagnostischen und ggf. die therapeutischen Konsequenzen zu dokumentieren:

- keine Therapie
- Kontrolluntersuchung
- Nachreifungstherapie
- Retentionstherapie
- Repositionstherapie
- andere Empfehlungen

Es ist anzugeben, ob für die empfohlenen diagnostischen und/oder therapeutischen Konsequenzen eine Überweisung erfolgte.

§ 7 Durchführung der Überprüfung durch die Sonographie-Kommission und Auswertung der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) Die Durchführung der Überprüfung einschließlich der Beurteilung der ärztlichen Dokumentation (Bild- und Schriftdokumentation) erfolgt durch die Sonographie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung.

(2) Die Beratung des Arztes nach § 10 Abs. 2 kann im Rahmen eines Kolloquiums stattfinden. Die Durchführung der Kolloquien richtet sich nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete Maßnahmen durch, die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Initial- und Stichprobenprüfungen durch Angleichung relevanter Aspekte der Beurteilungs- und Bewertungspraxis ermöglichen.

(4) Damit die Partner der Bundesmantelverträge entscheiden können, ob und in welcher Weise die nach dieser Vereinbarung durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen weitergeführt werden, sind deren Ergebnisse von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu sammeln, zusammenzufassen und jährlich auszuwerten. Eine Zusammenstellung ist den Vertragspartnern auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

(5) In die jährliche Auswertung gemäß Absatz 4 werden mindestens folgende Angaben (aufgeschlüsselt nach Kassenärztlichen Vereinigungen) einbezogen:

- Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 2, differenziert nach Initial- und Stichprobenprüfung
- Anzahl der Ärzte mit Genehmigung
- Anzahl neu beschiedener Anträge
- Anzahl abrechnender Ärzte

- Anzahl und Ergebnisse (gemäß § 8) der Beurteilungen der Dokumentationen bei Initialprüfungen und Stichprobenprüfungen gemäß § 11 Abs. 2 und 3, wobei bei den Beurteilungen der Stufe III nach Mängeln der Bild- und Schriftdokumentation zu differenzieren ist.
- Anzahl durchgeführter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2 und § 11 Abs. 4
- Anzahl Genehmigungsaussetzungen und -entzüge gemäß § 11 Abs. 3 und 4
- Anzahl nachgewiesener Kurse nach Anhang 1 und nach § 6 der Ultraschall-Vereinbarung
- Durchgeführte Maßnahmen und Ergebnisse gemäß § 7 Abs. 3
- Erfolgte Empfehlungen an den Arzt gemäß § 10 Abs. 3
- Erfolgte Beratungen gemäß § 10 Abs. 2

§ 8 Beurteilungsstufen

(1) Je Arzt werden insgesamt folgende Unterlagen in die Beurteilung durch die Sonographie-Kommission einbezogen:

- 48 Bilddokumentationen gemäß § 5
- 12 schriftliche Dokumentationen gemäß § 6

(2) Die Beurteilung der bildlichen und schriftlichen Dokumentationen erfolgt je Patient nach folgenden Stufen:

Stufe I: regelgerecht (keine oder geringfügige Mängel)

Stufe II: eingeschränkt (geringe Mängel)

Patientendokumentationen sind der Stufe II insbesondere dann zuzuordnen, wenn

- in der Papierbilddokumentation mit manuell eingezeichneten Messlinien das Abbildungsverhältnis von mindestens 1,7 : 1 nicht eingehalten wurde,
- in der Bilddokumentation die Bildmerkmale (anatomischen Strukturen gemäß § 5 Nr. 8) im Einzelnen nur eingeschränkt dargestellt sind,
- die Messlinien nicht ausreichend korrekt eingezeichnet wurden,
- die schriftliche Dokumentation unvollständig oder nur eingeschränkt nachvollziehbar ist.

Stufe III: unzureichend (schwerwiegende Mängel)

Patientendokumentationen sind der Stufe III insbesondere dann zuzuordnen, wenn

- in der Bilddokumentation die Bildmerkmale (anatomischen Strukturen gemäß § 5 Nr. 8) im Einzelnen unzureichend dargestellt sind,
- die Schnittebene in der Bilddokumentationen nicht der Standardschnittebene entspricht,
- wenn die Messlinien zur Bestimmung des Alpha- und Betawinkels nicht korrekt eingezeichnet sind mit der Folge einer fehlerhaften Typisierung,
- die schriftliche Dokumentation unzureichend nachvollziehbar ist (z.B. behandlungsbedürftiger Befund nicht erkannt).

§ 9 Anforderungskriterien

(1) Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation werden erfüllt, wenn höchstens 2 Patientendokumentationen der Stufe II und keine der Stufe III zugeordnet wurde.

(2) Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation werden nicht erfüllt, wenn

- a) mehr als 2 und höchstens 5 Patientendokumentationen der Stufe II oder eine Patientendokumentation der Stufe III zugeordnet werden mussten oder wenn
- b) mehr als eine Patientendokumentation der Stufe III oder mehr als 5 Patientendokumentationen der Stufe II zugeordnet werden mussten.

01723

Komplexe für ärztliche Maßnahmen bei Kindern zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinien) bzw. Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung)
Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)

402
43,51**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 04431

in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351, 04335, 04350, 04351, 04353, 22230, 27310, 27311

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 31**Prüfzeit:** 22**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 26

Kommentar:

Mit der U7a wurde die Möglichkeit geschaffen, Kinder jährlich beim Hausarzt oder Kinderarzt vorzustellen, denn die Untersuchung reiht sich zwischen U7 (im 21. bis 24. Lebensmonat und der U9 (im 46. bis 48. Lebensmonat ein.

Die **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“** https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1427/RL_Kinder_2017-05-18_iK-2017-07-25.pdf)

informieren zu den Untersuchungsleistungen der U7a:

U7a Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat

- Erhebung der Vorgeschichte
- Krampfanfälle
- Miktionsstörungen
- Gehäufte Infektionen
- Altersgemäße Sprache fehlt (z. B. keine Drei- bis Fünfworthätze, eigener Vor- oder Rufname wird nicht verwendet)
- Altersgemäßes Sprachverständnis fehlt (z. B. kein Zeigen auf Körperteile auf Befragen)
- Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Stereotypien, ausgeprägte nächtliche Schlafstörungen)
- Fluoridprophylaxe nicht fortgeführt
- Schutzimpfungen unvollständig
- Eltern unzufrieden mit Entwicklung und Verhalten des Kindes
- seit letzter Früherkennungsuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankung oder Operation
- Verdachtsdiagnosen der letzten Früherkennungsuntersuchung

Eingehende Untersuchungen

- Körpermaße
- Haut
- Brustorgane
- Bauchorgane
- Geschlechtsorgane
- Skelettsystem
- Sinnesorgane
- Motorik und Nervensystem

01724 bis 01727 Laboruntersuchungen gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie, einschließlich der Befundübermittlung an den verantwortlichen Einsender, gilt für die Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der §§ 23 bzw. 38 der Kinder-Richtlinie voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 setzt den Nachweis einer vorliegenden Einwilligung der Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) des Neugeborenen gemäß § 16 bzw. § 32 der Kinder-Richtlinie voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01727 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11301 und 11351 berechnungsfähig.

Kommentar:

Seit 1. Januar 2017 sind gemäß der Kinder-Richtlinien die EBM Nrn. 01724 bis 01727 aufgenommen.

- EBM Nr. 01724 bisherige Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten
- EBM Nrn. 01725 bis 01727 dreistufige Diagnostik (serielle Kombination von zwei biochemischen Tests auf immunreaktives Trypsin [IRT] und Pankreatitis-assoziiertes Protein [PAP] und einer DNA-Mutationsanalyse) auf Mukoviszidose. Entsprechend der Kinder-Richtlinie haben Neugeborene Anspruch auf Teilnahme am erweiterten Neugeborenen-Screening bzw. am Screening auf Mukoviszidose.

Das Mukoviszidose-Screening (s. Nrn. 01725 bis 01727) kann in den ersten vier Lebenswochen des Kindes nachgeholt werden – im Gegensatz zum erweiterten Neugeborenen-Screening (s. Nr. 01724), dass 36 Stunden nach der Geburt erfolgt.

Die bei einem auffälligen Befund indizierte Zweituntersuchung sollte vom selben Screeninglabor durchgeführt werden um riskante Informationslücken zu vermeiden

Eine Wiederholung des Screenings ist in folgenden Fällen erforderlich:

- bei Entlassung vor der 36. Lebensstunde
- bei Frühgeborenen < 32. Schwangerschaftswoche
- nicht durchgeführtes Neugeborenencreening
- Zweifel an der Durchführung des Neugeborenencreenings

Das Ergebnis des Neugeborenencreenings ist niemals eine definitive Diagnose. Es ergibt nur den Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung. Es folgen daher in der Regel weitere Untersuchungen, um das Ergebnis durch weitere Methoden zu bestätigen.

01724 **Erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten mittels Laboruntersuchungsverfahren bzw. mittels der Tandemmassenspektrometrie** **147 15,91**

Kommentar: Die KV –Thüringen führt in einer Tabelle die Übersicht aller Früherkennungsuntersuchungen (Stand: 1/2018) zusammen.

Im ersten Teil finden Sie die Kinder-Richtlinie: https://www.kv-hueringen.de/mitglieder/abr_hon/10_la/10_ebm_eba/50_uebersicht_fruherkenn/Fruherkennung_20180101.pdf

Das erweiterte Neugeborenen-Screening umfasst ausschließlich die folgenden Stoffwechselerkrankungen und endokrinen Störungen:

1. Hypothyreose
2. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
3. Biotinidasemangel
4. Galaktosämie
5. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
6. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
7. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
8. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel
9. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
10. Carnitinzyklusdefekte
 - a) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
 - b) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
 - c) Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
12. Isovalerialacidämie (IVA).

Siehe dazu auch weiterführende Erläuterungen vom Labor **Becker & Kollegen** unter <https://www.labor-becker.de/leistungsverzeichnis/stichwort/neugeborenen-screening.html>

01725 **Immunologische Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT)** **23 2,49**

Kommentar: Siehe dazu auch weiterführende Erläuterungen vom Labor **Becker & Kollegen** unter <https://www.labor-becker.de/leistungsverzeichnis/stichwort/neugeborenen-screening.html>

01726 **Immunologische Bestimmung Pankreatitisassoziiertes Protein (PAP)** **399 43,18**

Kommentar: Siehe dazu auch weiterführende Erläuterungen vom Labor **Becker & Kollegen** unter <https://www.labor-becker.de/leistungsverzeichnis/stichwort/neugeborenen-screening.html>

01727 **Gezielte molekulargenetische Untersuchung des Cystic Fibrosis Transmembran Regulator-Gens (CFTR-Gens) gemäß Anlage 4a „DNAMutationsanalyse“ der Kinder-Richtlinie** **3746 405,41**

Kommentar: Nach Anlage 4a KinderRL der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (wird bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

(Kinder-Richtlinie) auf folgende Mutationen untersucht (s. Internet: https://www.jurion.de/gesetze/kinderrl/anlage_4a/ – Rechtsstand 01.09.2016):

Mutationen	11. 2789+5G>A	22. R334W
1. F508del	12. 2183AA>G	23. 1677delTA
2. N1303K	13. R1162X	24. 1078delT
3. R553X	14. M1101K	25. E92X
4. G542X	15. 2143delT	26. 3905insT
5. G551D	16. 2184delA	27. E60X
6. R347P	17. 3272-26A>G	28. I336K
7. 3849+10kb C>T	18. dell507	29. 2184insA
8. 717-1G>A	19. G85E	30. A455E
9. FTRdele2,3	20. 621+1G>T	31. Y1092X
10. W1282X	21. 3659delC	

Der Kommentar von **Wezel/Liebold** informiert ferner dazu:

Das Screening auf Mukoviszidose gilt als positiv, wenn mindestens eine Mutation des Cystic-Fibrosis-Transmembran-Regulator-Gens (CFTR-Gens) nachgewiesen wurde ...“

Abrechnungsausschluss 11301, 11351

1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

Neu: Ultraschallscreening auf Bauchaortenscreening

Neu ab 1.1.2018 zur Abrechnung stehen die EBM Nrn. 01747 (zur Aufklärung) und 01748 (zur Sonographie) zur Verfügung. Beide EBM Nrn. werden extrabudgetär vergütet. Diese Leistungen können Hausärzte, Urologen, Internisten, Chirurgen und Radiologen einmalig die Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas bei älteren Männern erbringen und abrechnen. Ärzte ohne Ultraschall Genehmigung der KV dürfen die Aufklärung nach EBM Nr. 01747 erbringen und auch abrechnen z.B. neben dem Check up nach EBM Nr. 01732.

Falls weitere abdominelle Organe sonographisch untersucht werden müssen, darf neben der EBM Nr. 01748 eine abdominelle Sonographie nach EBM Nr. 33042 durchgeführt werden – dies in der Abrechnung aber nur in halber Höhe von 80 Punkten, da nach Information der KBV die Leistungsinhalte sich überschneiden.

Hinweise: Früherkennung Hautkrebs

1. Die folgenden Gebührenordnungspositionen 01745 und 01746 können berechnet werden von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben und über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie verfügen.

2. Die Gebührenordnungsposition 01745 kann nur von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnet werden.

3. Abweichend zu den Anmerkungen hinter den Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 sind die Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 für Beteiligte derselben fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft nebeneinander berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchungen (Nrn. 01745 und 01746) können nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,

II Arztgruppenübergreifende allg. Gebührenordnungspositionen

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung und
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben berechnet werden, wenn sie über eine entsprechende Genehmigung der KV verfügen.

Die Leistung nach Nr. 01745 kann darüber hinaus von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit entsprechender Genehmigung der KV berechnet werden.

In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind die Leistungen nach den Nrn. 01732, 01745 und 01746 entgegen den Anmerkungen doch nebeneinander berechnungsfähig.

Früherkennungsuntersuchungen ausserhalb des RVL

Leistungen nach EBM-Kapitel 1.7.2 und 1.7.1 (Auswahl):

Früherkennungsuntersuchung	EBM-Nr.
Gesundheitsuntersuchung Check-up für Frau und Mann <i>ab 35. Geburtstag jedes zweite Kalenderjahr</i>	01732
Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau	01730
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge) bei der Frau	01733
Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungs-untersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	01735
Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann <i>ab 45. Geburtstag 1x jedes Kalenderjahr</i>	01731
Untersuchung auf Blut im Stuhl bei Frau und Mann <i>ab 50. Lebensjahr 1x jährlich</i>	01734
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzioms bei Frau und Mann <i>nach Vollendung des 55. Lebensjahrs</i>	01740
Koloskopischer Komplex (Koloskopie) für Frau und Mann ggf. Zuschlag zu Nr. 01741 bei durchgeführter Polypektomie	01741 01742
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	01743
Hautkrebs-Screening bei Frau und Mann <i>ab dem 35. Lebensjahr – jedes 2. Kalenderjahr</i>	01745
Hautkrebs-Screening - Zuschlag für Leistung 01732	01746
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern: U 2 bis U 9 (außer U 7a)	01712– 01719
Hörscreening bei Neugeborenen	01705
Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	01704
Kontroll-AABR gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinien	01706
Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des G-BA	01707
Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings <i>gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinien des G-BA</i>	01708
Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	01711
Sonographie der Säuglingshöften bei U3	01722
Früherkennungsuntersuchung U 7a	01723
Früherkennungsuntersuchung U 10	Nur im Rahmen von Sonderverträgen
Jugendgesundheitsuntersuchung J 1	01720
Jugendgesundheitsuntersuchung J 2	Nur im Rahmen von Sonderverträgen

Quelle: KV Berlin https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vorsorge_frueherkennung/verguetung_frueherkennung.pdf

Neues Formular für die Präventionsempfehlung

(http://www.kbv.de/html/1150_29378.php)

Die KBV informiert: ... „Zum 1. Juli 2017 wird das Formular zur Empfehlung von Präventionsleistungen eingeführt. Anhand dieses neuen Musters 36 können niedergelassene Ärzte Präventionsleistungen empfehlen und Patienten diese Empfehlung bei ihrer Krankenkasse einreichen.

Ziel ist es, verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Die ärztlichen Empfehlungen sind in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sowie in einem Freitextfeld „Sonstiges“ möglich.

Die Einführung des neuen Formulars geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juli 2016 zurück, mit dem ein gesetzlicher Auftrag aus dem Präventionsgesetz umgesetzt wird.

Inhalt der Präventionsempfehlung

Mit dem neuen Formular können Vertragsärzte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention empfehlen, wenn sie im Rahmen einer

Hierbei handelt es sich nicht um eine ärztliche Verordnung im Sinne Gesundheitsuntersuchung oder eines sonstigen Behandlungsanlasses einen entsprechenden Bedarf des Patienten feststellen. einer veranlassten Leistung, sondern lediglich um eine Empfehlung, mit der ein Patient die entsprechende Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen kann.

Die Präventionsempfehlung kann auch im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche ausgestellt werden.

Krankenkassen berücksichtigen Empfehlung

Die Krankenkassen haben eine ärztliche Präventionsempfehlung bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen. Sie können entsprechend zertifizierte Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention bezuschussen oder selbst anbieten.

Es ist Patienten aber auch weiterhin möglich, ohne eine ärztliche Präventionsempfehlung entsprechende Leistungen oder Zuschüsse bei ihrer Krankenkasse zu beantragen.

Vordrucke bestellen – Formular in Software hinterlegt

Praxen können das neue Muster 36 über ihre üblichen Bezugswege bestellen. Es wird ab 1. Juli auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein ...“

Zwei Formulare haben sich erledigt: – Muster 80 und 81 zur Behandlung im Ausland versicherter Patienten, sind zu Monatsbeginn entfallen.

01730

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B II § 6 und § 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

**180
19,48**

Anmerkung Die unter der Nr. 1 der Präambel zu Kapitel III.a-3.1 genannten Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs können die Gebührenordnungsposition 01730 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 01730 umfasst die entsprechend der Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 19. Juli 2005 entstehenden Zusatzkosten durch die Abnahme des Bürstenabstrichs.

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01730 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01735 nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01825

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 27

Seit dem EBM2000plus sind Krebsvorsorge und Gesundheitsuntersuchung nicht mehr miteinander in einer Nr. kombiniert, sondern die beiden Untersuchungen sind getrennt voneinander – aber durchaus nebeneinander- abrechenbar. Dies gilt auch für die Stuhltestung nach Nr. 01734, die nicht mehr in der Krebsvorsorge integriert ist, sondern allein abzurechnen ist. Nach dem EBM2000plus ergibt sich ein höheres Honorar für die Kombination beider Früherkennungsuntersuchungen als im alten EBM.

Abrechnungsbeispiel: 58jährige Patientin

EBM-Nr.	Leistung	Pkte.
01730	Krebsvorsorge (Frau)	400
01732	Gesundheitsuntersuchung	695
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl	55
01740	Ggf. Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Carcinoms	230
Gesamtpunktzahl		1380

Ergeben sich bei Krebsvorsorge und Gesundheitsuntersuchung pathologische Befunde, so kann die erforderliche weiterführende Diagnostik zusätzlich abgerechnet werden.

Auszug aus den **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)** (im Internet unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-141/RL_KFU_2007-06-21.pdf) hier speziell für die Frau.

A. Allgemeines

- Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen bei Frauen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust und der Haut ab dem Alter von 30 Jahren sowie zusätzlich des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres.
- Sie sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

B. Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust, der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms bei Frauen umfassen folgende Leistungen:

1. Klinische Untersuchungen

ab dem Alter von 20 Jahren:

- gezielte Anamnese
- Spiegeleinstellung der Portio
- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal
- Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
- bimanuelle gynäkologische Untersuchung

zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren:

- Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung

zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren:

- Adigitale Untersuchung des Rektums

2. Zytologische Untersuchung

Die zytologische Untersuchung umfasst die Auswertung des zur zytologischen Untersuchung entnommenen Materials. Sofern der untersuchende Arzt die zytologische Untersuchung nicht selbst ausführt, sendet er das Material an einen Zytologen, der den einsendenden Arzt unterrichtet.

3. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom**a) Anspruchsumfang**

Frauen haben ab dem Alter von 50 Jahren Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestim-

mungen. Frauen haben ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

Ab dem Alter von 55 Jahren haben Frauen Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- auf die erste Koloskopie ab dem Alter von 55 Jahren und
- auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie im Alter von 55 Jahren anzustreben. Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Frauen ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch zur Abklärung durch eine Koloskopie.

b) Beratung

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat die Versicherte möglichst frühzeitig ab dem Alter von 50 Jahren einmalig über das Gesamtprogramm eingehend zu informieren. Er hat die Patientin dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten. Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren soll die Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfasst:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt der Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

c) Der Schnelltest

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest. Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß den Abschnitten A und B der Richtlinien durchgeführt werden.

d) Die Koloskopie

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

01731**Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien****143
15,48**Aufwand in Min.
GOÄ**Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 28**Kommentar:** Siehe auch Kommentar zur Nr. 01730.

Auszug aus den **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)** (im Internet unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-141/RL_KFU_2007-06-21.pdf) hier speziell **für den Mann.**

C. Früherkennungsmaßnahmen bei Männern Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums und des übrigen Dickdarms, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut beim Mann umfassen folgende Leistungen:

1. Klinische Untersuchungen

- Gezielte Anamnese
- Inspektion und Palpation des äußeren Genitales
- Betasten der Prostata vom After aus
- Palpation regionärer Lymphknoten

2. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom

a) Anspruchsumfang

Männer haben ab dem Alter von 50 Jahren Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

A. Allgemeines (von den Autoren zum besseren Verständnis aus dem allgemeinen Text der Richtlinie eingefügt)

1. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen
 - b) bei Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut ab dem Alter von 45 Jahren sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren.
2. Sie sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

In den Richtlinien zur Krebsfrüherkennung beim Mann wird nicht mehr von der digitalen Untersuchung gesprochen. Innerhalb der letzten 2 Jahre ist aber dafür ab dem 50. Lebensjahr bei Männern zur Früherkennung des kolorektalen Carcinoms eine digitale Austastung des Rektums bei der Abtastung der Prostata aufgeführt. Ab 55. Lebensjahr besteht die Möglichkeit zur Beratung (EBM-Nr. 01740) und Früherkennung des kolorektalen Carcinoms und entsprechend auch die koloskopische Untersuchung.

Werden bei der Früherkennungsuntersuchung Befunde erhoben, die eine weitere Untersuchung erforderlich machen, z. B. Laborentnahme, Ultraschalluntersuchung, so sind diese ohne Probleme möglich und abrechenbar. In diesem Zusammenhang besteht dann auch die Möglichkeit, Ordinations- bzw. Konsultationskomplex abzurechnen.

Männer haben ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Ab dem Alter von 55 Jahren haben Männer Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- auf die erste Koloskopie ab dem Alter von 55 Jahren und
- auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie im Alter von 55 Jahren anzustreben. Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Männer ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt

worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch auf Abklärung durch eine Koloskopie.

b) Beratung

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat den Versicherten möglichst frühzeitig ab dem Alter von 50 Jahren einmalig über das Gesamtprogramm eingehend zu informieren. Er hat den Patienten dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten. Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren soll der Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfasst:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zu Grunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt dem Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

c) Der Schnelltest

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest. Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß den Abschnitten A und B der Richtlinien durchgeführt werden.

d) Die Koloskopie

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

Es erscheint sinnvoll, alle 2 Jahre die Krebsvorsorgeuntersuchung mit der dann möglichen Gesundheitsuntersuchung zu verbinden.

01732

Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

303
32,79

Anmerkung Im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732 sind die Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 für die in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien geforderten Laboruntersuchungen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01745

in derselben Sitzung 27310, 32025, 32030, 32057, 32060

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 26

Prüfzeit: 21

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 29

Kommentar: Die Gesundheitsuntersuchung kann von Allgemeinärzten, Internisten, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (praktische Ärzte) durchgeführt werden. **Alle anderen hier nicht genannten Ärzte sind nicht berechtigt, die Untersuchung durchzuführen.**

EKG und auch Kreatinin-Bestimmung sind schon länger nicht mehr Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Wenn diese Leistungen aber erforderlich sind, können sie zusätzlich erbracht und abgerechnet werden. Dies gilt ebenfalls für erhobene Befunde bei der Gesundheitsuntersuchung, die einer weiteren Diagnostik oder Therapie zugeführt werden müssen. All die erforderlichen Leistungen, z. B. Labor, Ultraschall, Lungenfunktionsprüfung, Glukosebelastungstest, Belastungs-EKG sind entsprechend zusätzlich abrechnungsfähig.

Es erscheint sinnvoll, die Gesundheitsuntersuchung mit der Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu verbinden.

Im Laborkapitel siehe Abschnitt **32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen** mit den 3 Leistungen:

32880 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Nr. 01732 Obligator Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (Nr. 32030)

32881 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Nr. 01732

Fakultativer Leistungsinhalt

- Quantitative Bestimmung von Glukose (Nr. 32057)

32882 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Nr. 01732 Obligator Leistungsinhalt

- Quantitative Bestimmung von Cholesterin gesamt (Nr. 32060)

Die KBV informiert dazu (<http://www.kbv.de/24621.html>):

01733

Zytologische Untersuchung gemäß Abschnitt B II §§ 7 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

74
8,01

Obligator Leistungsinhalt

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche, auch Bürstenabstriche, von Ekto- und/oder Endozervix

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstrichentnahme von Ekto- und/oder Endozervix, einschl. Kosten

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01733 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 01826, 19310, 19311

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4851*

Kommentar:

Hat der Arzt, der die weibliche Krebsvorsorgeuntersuchung durchführt, die Genehmigung auch zur zytologischen Untersuchung, so kann er neben der EBM-Nr. 01730 auch die EBM-Nr. 01733 berechnen. Der Arzt, der ausschließlich die zytologische Bestimmung durchführt, kann nur diese Nr. berechnen.

Ist wegen eines unklaren Befundes der zytologischen Untersuchung eine Kontrolluntersuchung erforderlich, so kann diese nur nach den EBM-Nr. 19311 abgerechnet werden.

01735

Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen

103
11,15

Obligator Leistungsinhalt

- Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte

(„Chroniker-Richtlinie“) über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B II § 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien,

- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund,
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Ausstellung der Bescheinigung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur von Ärzten berechnet werden, die berechtigt sind, die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen.

Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur einmalig im Zeitraum von 2 Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnet werden.

Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordrucks für die Dokumentation gemäß § 4 der Chronikerrichtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01735 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01730 nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01620, 01621

Aufwand in Min.

Kommentar:

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
Diese Leistung wurde erst nach der Einführung des EBM 2008 in der 149. Sitzung des Bewertungsausschusses mit nachträglicher Wirkung zum 1. Januar 2008 eingeführt. Die Abrechnung dieser Leistung ist bei Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren sind, abrechenbar, wenn die obligaten Beratungs- und Informationsleistung vollständig erfüllt wurden und die entsprechenden Merkblätter übergeben wurden.

Im § 4 **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“)** zuletzt geändert am 19. Juli 2007 – in Kraft getreten am 1. Januar 2008 heißt es:

§ 4 Ausnahmen von der Pflicht zur Teilnahme an Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

(1) Untersuchungen gelten gemäß § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V als regelmäßig in Anspruch genommen, wenn die nach dem 1. April 1987 geborenen weiblichen und nach dem 1. April 1962 geborenen männlichen Versicherten in einem Präventionspass jeweils eine auf die nachfolgenden Früherkennungsuntersuchungen bezogene und auf Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses gestützte Beratung über Chancen und Risiken der jeweiligen Untersuchungen nachweisen. Die Beratung ist von einem Arzt zu erbringen, der berechtigt ist, die entsprechende Untersuchung durchzuführen. Die Beratung ist zeitnah nach Erreichen des Anspruchsalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung wahrzunehmen, soweit in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 25 Abs. 1 oder 2 SGB V nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Die Regelung nach Absatz 1 umfasst zunächst die Untersuchungen zur Früherkennung

1. des Brustkrebses (Mammographie-Screening),
2. des Darmkrebses (Schnelltest auf occultes Blut oder Früherkennungskoloskopie) und
3. des Zervix-Karzinoms

entsprechend der Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen und kann durch Beschlussfassungen des Gemeinsamen Bundesausschusses um weitere Vorsorgeuntersuchungen ergänzt werden. Im Übrigen muss für die sonstigen Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V zur Bestimmung der Belastungsgrenze nach § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V weder eine Untersuchung noch eine Beratung durchgeführt werden.

(3) Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung gemäß § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen nach Nummer 9 der Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß

§ 37a in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Soziotherapie-Richtlinien) oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann, sowie Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

(4) Die Auswirkungen dieser Beratung werden am Beispiel der Früherkennung des Zervixkarzinoms wissenschaftlich evaluiert.

01737

Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungsrichtlinie, inkl. Beratung

**57
6,17**

Obligater Leistungsinhalt

- Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems,
- Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01737 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig

Kommentar:

Nach G-BA Beschluss wurde der bisherigen Guajac-basierten Test durch einen quantitativen immunologischen Test (iFOBT) abgelöst und steht als neues Testverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs zur Verfügung.

Die Früherkennungs-Richtlinie wurden entsprechend geändert.

DIE KBV informiert dazu unter http://www.kbv.de/html/1150_31560.php :

... „Neuer Test mit höherer Sensitivität

Studien haben gezeigt, dass mit immunologischen Tests nicht sichtbares Blut im Stuhl insbesondere mit einer höheren Sensitivität nachgewiesen werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte daher festgelegt, den Guajak-basierten Test abzulösen; die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde entsprechend geändert. Anspruch auf die Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs haben Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren.

Ausgabe in der Praxis, Auswertung im Labor

Wie bisher gibt der Arzt, der die Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom durchführt, den Stuhltest an den Patienten aus. Anders als bislang erfolgt die Auswertung des Tests allerdings nicht in der Praxis, sondern im Labor. Dazu werden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM eingeführt.

Neue GOP für Ausgabe und Beratung

Ärzte, die den iFOBT als Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom veranlassen, rechnen ab April die GOP 01737 (Bewertung 57 Punkte, Vergütung 6,17 Euro) ab. Die Leistung umfasst die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems sowie die Beratung des Patienten bei einer präventiven Untersuchung. Bei einer kurativen Untersuchungsindikation sind wie bisher Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung in das Labor mit der Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten.

Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Facharztinternisten, Hautärzte und Urologen dürfen die neue GOP 01737 abrechnen. Neu ist, dass Hausärzte den immunologischen Test auch beim Check-up 35 ausgeben können – sofern die Patienten das Anspruchsalter von 50 Jahren erreicht haben.

Für eine bestmögliche Ergebnisqualität ist es wichtig, dass die Stuhlprobe möglichst schnell ausgewertet wird: Deshalb sollten Ärzte ihre Patienten darauf hinweisen, dass sie die Probe möglichst am Tag nach der Abnahme abgeben. Der Arzt veranlasst dann spätestens am darauffolgenden Werktag die Untersuchung in einem Labor, das solche Untersuchungen durchführen darf.

Neue GOP für Laboruntersuchung

Für die Untersuchung der Stuhlprobe im Labor gibt es ab April zwei neue GOP: die GOP 01738 (Bewertung 75 Punkte, Vergütung 8,12 Euro) bei einer präventiven Untersuchung und die GOP 32457 (Bewertung 6,21 Euro) bei einer kurativen Untersuchungsindikation. In den Laborleistungen enthalten sind die Kosten für das Stuhlproben-Entnahmesystem.

Entsprechend der geänderten Früherkennungs-Richtlinie wurde der Test als Leistung des Speziallabors, die eine vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) voraussetzt, in den EBM aufgenommen. Die Durchführung des iFOBT dürfen somit nur die Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung haben. Sie sind zudem verpflichtet, Angaben wie verwendete Tests, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, Gesamtzahl der untersuchten und der positiven Proben zur Evaluation des Früherkennungsprogramms zu erfassen und an die KV zu übermitteln

Anforderungen an das Testverfahren konkretisiert

KBV und GKV-Spitzenverband haben darüber hinaus im Bewertungsausschuss die Anforderungen an das Testverfahren konkretisiert. Dies betrifft in erster Linie die Industrie: So muss der Hersteller des Tests dem Labor nachweisen, dass die Vorgaben aus der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA unter anderem bezüglich der Sensitivität und Spezifität erfüllt werden. Diese Nachweise sind wiederum Voraussetzung für die Abrechnung der neuen GOP 01738 und müssen vom Arzt bei der jeweiligen KV eingereicht werden.

Stuhltest jedes Jahr ab 50

Der Stuhltest ist Teil des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs. Er kann bei Frauen und Männern im Alter zwischen 50 und 55 Jahren jedes Jahr durchgeführt werden. Ab 55 Jahren haben die Versicherten Anspruch auf bis zu zwei Früherkennungskoloskopien im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre auf einen Test auf okkultes Blut im Stuhl. Ist der Stuhlbefund positiv, erfolgt zur weiteren Abklärung eine Darmspiegelung...

Anders als bisher erfolgt die Auswertung allerdings nicht in der Praxis, sondern im Labor. Die Durchführung des immunologischen Stuhltests dürfen die genannten Ärzte vornehmen, die eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des EBM-Abschnitts 32.3 haben.

01738

Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß

75
8,12

Obligator Leistungsinhalt

- Umgehende Befundübermittlung und automatisierte Dokumentation,

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01738 setzt die Erstellung und Abgabe des vollständigen Quartalsberichtes unter Angabe des verwendeten Tests (Produktname, Reagenzcharge, Schwellenwert und Herstellererklärung), Gesamtzahl der untersuchten Proben, Gesamtzahl der positiven Proben, Gesamtzahl der nicht verwertbaren Proben und Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 39 Abs. 5 der KFE-RL voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01738 setzt die Anwendung eines Tests, für den die Erfüllung der Kriterien gemäß § 39 der KFE-RL in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 21.02.2017 nachgewiesen ist, voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01738 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32457

Berichtspflicht Nein

Kommentar:

Ausgedehnte Informationen finden Sie unter EBM Nr. 32457

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-170330-Aenderung-EBM-iFOBT-ab-Q2-2017.pdf>
von der KV Bayern.

Die Untersuchung beim iFOBT-Test können Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte nach Kommentar von W. Goldmann nicht abrechnen.

01740**Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms****103**
11,15**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund,
- Ausgabe des Merkblatts nach Anlage III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien,
- Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. Beratung abrechnen.

Kommentar:

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien empfehlen dem Arzt, seine Patienten nach deren vollendeten 50. Lebensjahr einmalig über das Programm zur Früherkennung des kolorektalen Carcinoms zu informieren und zu beraten. Gesonderte Gebühren können dafür nicht erhoben werden, sie sind mit Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten.

Ab dem 55. Lebensjahr sollte eine erneute Beratung der Patienten stattfinden, die entsprechend der Richtlinien spezielle Inhalte umfasst. Im Rahmen dieser Beratung erhält der Patient ein Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Darmkrebsfrüherkennung, und der Arzt kann diese Leistung nach der EBM-Nr. 01740 – allerdings nur einmal bei diesem Patienten – über den gesamten Zeitraum, in dem der Patient sich noch bei dem Arzt in Behandlung begibt – abrechnen.

Der koloskopische Komplex kann nur ausgeführt werden von

- Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ mit entsprechender Fachkunde oder von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“.
- Fachärzten für Chirurgie, die die entsprechende Weiterbildung und Genehmigung durch die KV zur Koloskopie und zur Polypabtragung besitzen, können dies entsprechend abrechnen.

Vorgeschrieben ist eine entsprechende apparative Ausstattung.

Wird eine Polypektomie (Polypengröße > 5 mm), eine Schlingenbiopsie oder eine Blutstillung erforderlich, so kann dafür der Zuschlag nach EBM-Nr. 01742 berechnet werden. Die Leistung nach EBM-Nr. 01741 kann nur für die totale Koloskopie abgerechnet werden. Eine Ausnahme liegt dann vor, wenn die totale Koloskopie z.B. wegen einer Kolonstenose (entzündlich oder tumorös) nicht möglich ist. In diesen Fällen kann die Leistung trotzdem abgerechnet werden. Die Leistung nach EBM-Nr. 01741 beinhaltet die Leistung Biopsie und Entfernung von Polypen mittels Zange, so dass diese nicht extra berechnet werden können.

01741**Koloskopischer Komplex gemäß § 37 Absatz 3 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien****1945**
210,50**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Totale Koloskopie gemäß § 37 Absatz 3 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Probeexzision(en),
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01741 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 32110, 32111, 32112, 32113, 32114, 32115, 32116, 32117, 32120 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02401, 04514, 04518, 10340, 10341, 10342, 13421, 13422

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 687

Kommentar: Ist eine totale Koloskopie - wie nach Legende gefordert - durch eine Stenose nicht möglich, ist die Stenose zu dokumentieren und die EBM Nr. 01741 ist dann trotzdem berechenbar.

Wird eine totale Koloskopie durch andere Gründe nicht möglich, kann die EBM Nr. 01741 nicht berechnet werden und auch die Nrn. 13421 oder 13422 sind hier nicht absetzbar.

Probeentnahmen oder Abtragungen von Kleinen Polypen mit einer Zange sind in der Leistung enthalten. Wenn es aber zu erforderlichen Biopsien oder Polypentfernungen mit der Zange kommen muss, sind diese durch den Zuschlag nach EMB Nr. 01742 abrechenbar.

Die für eine Genehmigung zur Abrechnung erforderlichen Befähigungen sind bei Ihrer KV zu erfragen.

Tipp: Ggf. Kostenpauschale Nr. 40160 bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklosierungsnadel(n) (15.00 Euro)

01742 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01741**288**
31,17

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04515, 04520, 13423

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 695 oder Nr. 696

01743* Histologie bei Früherkennungskoloskopie**131**
14,18**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Histologische Untersuchung eines im Rahmen einer Früherkennungskoloskopie gewonnenen Polypen mit mindestens 8 Schnitten

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 19310

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4800, 4801

01745**Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie****214**
23,16**Siehe Hinweise Seite 85****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung über weitergehende Maßnahmen

Anmerkung Erfolgt die Erstuntersuchung nicht durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, so muss der Patient im Falle eines auffälligen Befundes zur Zweituntersuchung an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet werden.

Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen, mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie, ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01745.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01732, 01746

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 7 (Vollständige Untersuchung der Hautorgane) mit höherem Steigerungssatz

Die Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Hautkrebs-Screening – vom 15. November 2007 findet sich im Internet: www.g-ba.de/downloads/39-261-516/2007-11-15-KFU-Hautkrebscreening_BAnz.pdf – Die Änderungen der Richtlinien traten am 1. Juli 2008 in Kraft.

(Nachfolgend nur Ausschnitte aus der Richtlinie und zusammengefasst von den Autoren)

Ziel der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist die frühzeitige Entdeckung des Malignen Melanoms, des Basalzellkarzinoms sowie des Spinozellulären Karzinoms. Die Untersuchung soll wenn möglich in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden.

Anspruchsumfang

Frauen und Männer haben ab dem Alter von 35 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen. Eine erneute Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Bestandteile der Früherkennungsuntersuchung

Zur Untersuchung gehören:

- gezielte Anamnese
- visuelles, gemäß Absatz d zertifiziertes Fortbildungsprogramm
- standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines
- Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation

Ergibt sich aus der visuellen Inspektion der Haut durch einen Arzt gemäß Absatz c Nummer 1 der Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielerkrankungen, so erfolgt die weitere Abklärung bei einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten gemäß Absatz c Nr. 2. Dieser führt – sofern es sich nicht um den Erstuntersucher handelt – erneut eine visuelle Ganzkörperinspektion durch, überprüft insbesondere die auffälligen Befunde des Voruntersuchers und veranlasst ggf. die histopathologische Untersuchung zur Diagnosesicherung.

Die histopathologische Beurteilung kann nur durch Pathologen sowie durch Dermatologen mit Zusatzweiterbildung in Dermatohistologie entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Weiterbildungsordnung erfolgen; ab Inkrafttreten der diesbezüglichen Quali-

tätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V müssen die dort festgelegten Anforderungen erfüllt sein.

Berechtigte Ärzte

Die Leistung „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ darf nur von im Rahmen der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzten erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorweisen können. Unter Voraussetzung der Qualifikation nach Absatz d kann dies genehmigt werden für:

1. hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
2. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

01746

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

170
18,40

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung über weitergehende Maßnahmen

Anmerkung Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen, mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie, ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01746.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01745

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 29 mit höherem Steigerungssatz

Wird die Untersuchung auf Hautkrebs im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 01732 durchgeführt, kann der Zuschlag nach 01746 zusätzlich abgerechnet werden.

01747

Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

57
6,17

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage zur US-BAA-RL,
- Ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung einer sonographischen Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01747 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.

Kommentar:

Siehe auch Informationen zu Kapitel 1.7.2.

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4279/2017-03-16_US-BAA-RL_Versicherteninformation_ZD.pdf Stand März 2017) sieht die sonographische Untersuchung einmalig als Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen für Männer ab 65 Jahren vor. Mit der EBM Nr. 01747 wird die Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen abgerechnet.

Da die Beratung nur einmalig berechenbar ist, wird geraten, dass sich die abrechnende Praxis durch eine kurze schriftliche Erklärung vom Patienten absichert, dass dem Patienten der nur einmalige Anspruch bekannt ist und daher auch nur diese entsprechende Praxis für die Aufklärung/Erbringung der besagten Leistung in Anspruch genommen werden kann. So kann die Praxis einem möglichen Regreß der Krankenkasse des Patienten widersprechen.

01748 Sonographische Untersuchung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

148
16,02

Obligator Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01748 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01748 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 77 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 33040, 33043, 33081

Kommentar: Siehe auch Informationen zu Kapitel 1.7.2.

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4279/2017-03-16_US-BAA-RL_Versicherteninformation_ZD.pdf Stand März 2017) sieht die sonographische Untersuchung einmalig als Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen für Männer ab 65 Jahren vor. Mit der EBM Nr. 01748 wird die Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen abgerechnet.

Da die Beratung nur einmalig berechenbar ist, wird geraten, dass sich die abrechnende Praxis durch eine kurze schriftliche Erklärung vom Patienten absichert, dass dem Patienten der nur einmalige Anspruch bekannt ist und daher auch nur diese entsprechende Praxis für die Aufklärung/Erbringung der besagten Leistung in Anspruch genommen werden kann. So kann die Praxis einem möglichen Regreß der Krankenkasse des Patienten widersprechen.

1.7.3 Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“) und den Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur dann berechnungsfähig, wenn alle in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Abs. 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 und 4 SGB V und im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Anlage 9.2) sowie in der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. in der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind und – mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01758 für behandelnde Frauen- und Hausärzte – eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegt.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01759 setzt zusätzlich eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Kommentar:

zu 1. Maßgeblich für diesen Abschnitt sind

- die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der jeweiligen Fassung,
- die Anlage 9.2 zum BMV-Ärzte (Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening),
- die Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
- sowie die Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Abrechnung der Nr. 01758 durch behandelnde Frauen- und Hausärzte ist ohne Genehmigung nach der Anlage 9.2 des BMV-Ä möglich. Die Abrechnung der Nr. 01759 bedarf einer zusätzlichen

Genehmigung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Auszug aus den **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)** hier speziell **für die Frau**.

4. Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

§ 10 (1) Frauen haben grundsätzlich alle 24 Monate, erstmalig ab dem Alter von 50 Jahren und in der Folge frühestens 22 Monate nach der jeweils vorab gegangenen Teilnahme und höchstens bis zum Ende des 70. Lebensjahres, Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust. Der Anspruch auf Leistungen nach § 6 Abs. 1 Buchstabe b (klinische Untersuchungen) bleibt unberührt.

(2) Der Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs besteht nur, wenn sie innerhalb des Früherkennungsprogramms nach diesem Abschnitt (B III) erbracht werden.

(3) Frauen, die sich aufgrund einer Brustkrebserkrankung in ärztlicher Behandlung oder Nachbehandlung befinden oder bei denen aufgrund von vorliegenden typischen Symptomen ein begründeter Verdacht auf eine Brustkrebserkrankung besteht, haben Anspruch auf die notwendige ärztliche Betreuung und Behandlung innerhalb der kurativen Versorgung.

(4) Wurde nach Angabe der Frau innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Zeitpunkt des Leistungsanspruchs nach Abs. 1 bereits aus anderen Gründen eine Mammographie durchgeführt, besteht der Anspruch auf Leistungen nach diesem Abschnitt (B III) frühestens 12 Monate nach Durchführung dieser Mammographie.

§ 12 Die Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen des Früherkennungsprogramms umfasst folgende in den §§ 13 bis 17 näher geregelte Leistungen: Einladung (§ 13), Information und Motivation (§ 14), Anamnese und Erstellung der Screening-Mammographiefnahmen (§ 15), Befundung der Screening-Mammographiefnahmen (§ 16) und Abklärungsdiagnostik (§ 17).

01750 Röntgenuntersuchung beider Mammæ in zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

553
59,85

Obligatorer Leistungsinhalt

- Röntgenuntersuchung beider Mammæ in zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique),
- Überprüfungen vor Erstellung der Screening-Mammographiefnahmen,
- Erstellung der Screening-Mammographiefnahmen,
- Organisation der Beurteilung der Screening-Mammographiefnahmen,
- Ergänzende ärztliche Aufklärung,
- Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung der Konsensuskonferenz,
- Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen,
- Eintragung(en) in ein Röntgennachweisheft

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

01751 Aufklärungsgespräch im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

63
6,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer mit der Patientin,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms auf Brustkrebs durch Mammographie-Screening nach Abschnitt B. III. der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01751 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01751 ist zeitlich nicht nach der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01750 berechnungsfähig. Sofern die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01751 und 01750 am selben Behandlungstag durchgeführt werden, sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 01751 ist nur vom Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) oder von einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammographiescreening-Programms, der zur Abrechnung mindestens einer der Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01759 berechtigt ist, berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

01752

Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen

**41
4,44**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau

Fakultativer Leistungsinhalt

- Teilnahme an Konsensuskonferenzen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.

Ist über die konsiliarische Beurteilung hinaus noch eine Teilnahme an einer Fallkonferenz erforderlich, so kann diese Leistung nach der Kostenpauschale EBM-Nr. 40852 berechnet werden.

01753

Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)

**897
97,08**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle,
- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle

Anmerkung Entgegen der Nr. 01753 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen verfügt.

Der Vertragsarzt, der gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung erklärt hat, die Gebührenordnungsposition 01753 zu berechnen, kann die Gebührenordnungsposition 01755 nicht veranlassen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01753 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01754 erteilt werden kann.

Die Gebührenordnungsposition 01753 ist nur durch den programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01754, 01755 und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Stanzbiopsie nach EBM-Nr. 01753 kann entweder unter Ultraschallsicht oder unter Röntgenkontrolle durchgeführt werden. Die entsprechende Sonographie oder Röntgenkontrolle sind fakultativer Bestandteil der Leistung und können nicht zusätzlich berechnet werden.

Wichtig ist die Angabe in den Allgemeinen Bestimmungen zur Leistung: ... „Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01754 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen und Stanzbiopsien verfügt...“

Nicht mit der Gebühr abgegolten sind die Kosten für Einmalbiopsienadeln. Entsprechend der regional geltenden Verträge sind die Biopsienadeln zu Lasten der Krankenkasse beziehbar.

01754 **Abklärungsdiagnostik II gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge** **630** **Obligator Leistungsinhalt** **68,18**

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle

Anmerkung Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01754 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen und Stanzbiopsien verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01754 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01753 erteilt werden kann. Die Gebührenordnungsposition 01754 ist nur durch den programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01753, 01755 und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Punktion/Biopsie und Ultraschall.

Kommentar: Wichtig ist die Angabe in den Allgemeinen Bestimmungen zur Leistung: ... „Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01754 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen und Stanzbiopsien verfügt...“

Nicht mit der Gebühr abgegolten sind die Kosten für Einmalbiopsienadeln. Entsprechend der regional geltenden Verträge sind die Biopsienadeln zu Lasten der Krankenkasse beziehbar.

01755 **Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik** **1124** gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) durch den **121,65** Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt

Obligator Leistungsinhalt

- Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle

Abrechnungsbestimmung je Seite

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nur einmal je Seite berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01753, 01754 und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Punktion/Biopsie und Röntgen.

01756* **Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials** **97** gemäß § 20 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) **10,50**

Obligator Leistungsinhalt

- Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials

Abrechnungsbestimmung je 3 Stenzen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01753, 01754 und Kapitel 34.2.7

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 4900

01757* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs **106**
11,47

Obligator Leistungsinhalt

- Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust

Abrechnungsbestimmung je 3 Stenzen

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

01758 Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes **64**
6,93

Obligator Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Anmerkung Behandelnde Frauen- und Hausärzte dürfen die Gebührenordnungsposition 01758 unter Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen berechnen.

Die Teilnahme der Frauen- und Hausärzte kann auch durch telefonische Zuschaltung erfolgen

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz Nr. 60

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 01758 kann nach **Wezel/Liebold** für jeden in der Konferenz besprochenen (eigenen) Fall berechnet werden.

01759* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V **289**
31,28

Obligator Leistungsinhalt

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

Abrechnungsbestimmung je Seite

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 34270, 34271, 34273, 34275

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Punktion und Röntgen.

Kommentar: Nicht mit der Gebühr abgegolten sind die Kosten für Einmalbiopsienadeln. Entsprechend der regional geltenden Verträge sind die Biopsienadeln zu Lasten der Krankenkasse beziehbär.

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40854 für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition Nr. 01759 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40855 enthaltenen Markierungsclips. Ggf. Zuschlag Nr. 40855 zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für die Verwendung von Markierungsclips.

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.7.4 Mutterschaftsvorsorge

1. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, wobei die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung für präventive Leistungen vorgegebene Kennzeichnung zu beachten ist.

Kommentar:

Maßgeblich für diesen Abschnitt sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („**Mutterschafts-Richtlinien**“) in der jeweiligen Fassung.

Siehe: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-591/Mu-RL_2011-12-15.pdf

Neu ist: (Ausschnitt):

... „8. Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenem Ablauf angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ zur Verfügung zu stellen. Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können.

Screeningablauf:

Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 Schwangerschaftswochen Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration eine Stunde nach oraler Gabe von 50g Glucoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern).

Schwangere mit Blutzuckerwerten größer oder gleich $\geq 7,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) und kleiner oder gleich $\leq 11,1$ mmol/l (≤ 200 mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8 Stunden Nahrungskarenz. B.i Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen. In die Entscheidung über eine nachfolgende Behandlung sind Möglichkeiten zur Risikosenkung durch vermehrte körperliche Betätigung und einer Anpassung der Ernährung einzubeziehen.

Grenzwerte:

Nüchtern: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)

nach 1 Stunde: $\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl)

nach 2 Stunden: $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)

Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V :

Die Blutzucker-Bestimmung erfolgt im Venenblut mittels standardge-rechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik. Das Messer-gebnis wird als Glukosekonzentration im venösen Plasma angegeben. Dabei sind geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Verfälschungen der Messwerte durch Glykolyse vorzusehen.

Werden zum Screening und zur Erstdiagnostik des Gestationsdiabetes Unit-use-Reagenzien und die entsprechenden Messsysteme in der patientennahen Sofortdiagnostik angewendet, müssen diese nach Herstellerempfehlungen für die ärztliche Anwendung in Diagnose und Screening vorgesehen sein.

Geräte, die lediglich zur Eigenanwendung durch den Patienten bestimmt sind, sind damit ausgeschlossen.

Neben diesen Regelungen zur Qualitätssicherung gelten unverändert die Regelungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Dabei ist insbesondere auf die Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätskontrolle der Messsysteme Teil B1, Abschnitte 2.1.5 und 2.1.6 der genannten Richtlinie der Bundesärztekammer hinzuweisen.

9. Der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch den

betreuenden Arzt der Entbindungsklinik erfolgen. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonographische Untersuchung ein...“

Werden Leistungen im Vertretungs- oder Notfall bzw. aufgrund einer Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung erforderlich, sind diese als kurative Leistungen, aber nach einer KV-spezifischen Kennzeichnung abzurechnen.

01770

Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach
der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)

1093
118,29**Obligater Leistungsinhalt**

- Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien,
- Ultraschall-Untersuchungen nach Anlage 1a ggf. mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie und Anlage 1b der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01770 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01770 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).

Macht die Schwangere nach Aufklärung gemäß den Mutterschafts-Richtlinien Gebrauch von ihrem Recht auf Nichtwissen und verzichtet auf die Ultraschalluntersuchung(en) nach Abschnitt A Nr. 5 der Richtlinie, hat dieses keine Auswirkung auf die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 01770.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 33043, 33044

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: 60 **Prüfzeit:** 45 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 23, 24, 415, 3517*.

In der Präambel I zu Kapitel 1.7 wird festgelegt, dass die Leistung nach Nr. 01770 aus dem Kapitel 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge) nur von Fachärzten für Frauenheilkunde abgerechnet werden darf. Die Mutterschaftsvorsorge war nach dem alten EBM (alte EBM-Nr. 100) auch von praktischen Ärzten und Allgemeinmediziner abrechenbar. Die EBM Nr. 01770 darf in dem Quartal nach der Geburt noch einmal abgerechnet werden.

Zu beachten ist, dass bei der Berechnung der EBM Nr. 01770 post partum die 01822 auch abgerechnet werden darf.

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“ im Internet unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf) – zuletzt geändert am 24. April 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.06.2014B3 in Kraft getreten am 28. Juni 2014 erläutern:

...2. Die erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Sie umfaßt:

- a) Die Familienanamnese,
 - die Eigenanamnese,
 - die Schwangerschaftsanamnese,
 - die Arbeits- und Sozialanamnese;
- b) Die Allgemeinuntersuchung,

die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion. Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur

Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet.

Umfasst sind zudem weitere diagnostische Maßnahmen. Zu diesen gehören:

- Blutdruckmessung,
- Feststellung des Körpergewichts,
- Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund),
- Hämoglobinbestimmung und – je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) – Zählung der Erythrozyten...

In den Mutterschaftsrichtlinien (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf) werden die erforderlichen Untersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft in Abstand von etwa alle Wochen aufgeführt:

...4. Die nachfolgenden Untersuchungen sollen – unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen- im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden und umfassen:

- Gewichtskontrolle,
- Blutdruckmessung,
- Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, gegebenenfalls bakteriologische Untersuchungen (z.B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund), Hämoglobinbestimmung – im Regelfall ab 6. Monat, falls bei Erstuntersuchung normal -; je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2g je 100 ml = 70 % Hb) Zählung der Erythrozyten,
- Kontrolle des Standes der Gebärmutter,
- Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,
- Feststellung der Lage des Kindes...

Ergänzt wurden die Mutterschafts-Richtlinien um ein Gestationsdiabetes – Screeningprogramm:

...8. Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenem Ablauf angeboten werden.

Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ zur Verfügung zu stellen. Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte

Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können...

Es ist den betroffenen Ärzten anzuraten, sich die Mutterschaftsrichtlinien (pdf-Format) herunterzuladen, da die Richtlinien noch weitere Hinweise und Vorschriften beinhalten.

01771

Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770 bei der Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien

**440
47,62**

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung(en) im 2. Trimenon nach Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie,
- Bilddokumentation(en),
- Beratungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01771 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01771 ist einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig. Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01771 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 33043, 33044

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Ansetzbar analog GOÄ Nr. 415.

Kommentar:

Für die Sonografie der im obligaten Leistungsinhalt der Nr. 01771 im 2. Trimenon genannten Untersuchungen wurde die Leistung als Zuschlag zur EBM Nr. 01770 aufgenommen.

In einer Information an die Kassenärztliche Vereinigung schreibt die KBV: „**GOP 01771 kann auch ohne GOP 01770 abgerechnet werden** ... Verfügt ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe über die Genehmigung zur Berechnung sowohl der Schwangeren-Betreuung als auch für das erweiterte Ultraschallscreening, wird er in der Regel beides bei seinen Patientinnen durchführen. Grundsätzlich besteht jedoch die Möglichkeit das erweiterte Ultraschallscreening nach GOP 01771 auch einzeln durchzuführen, wenn die Schwangerschaftsbetreuung nach GOP 01770 durch einen anderen Vertragsarzt erfolgt. Dies kann beispielsweise im Rahmen eines Überweisungsauftrages der Fall sein und ist erforderlich, wenn der Vertragsarzt, der die Schwangerenbetreuung übernimmt, keine Genehmigung für die Abrechnung der GOP 01771 hat...“

01772

Weiterführende sonographische Diagnostik I

382
41,34

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß Anlage 1c I. der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01772 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01772 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 33040, 33042, 33043, 33044, 33050, 33081

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 415, bei Erschwernis mit höherem Steigerungsfaktor.

Kommentar:

Eine weiterführende Sonographie-Diagnostik I nach der EBM-Nr. 01772 wird dann durchgeführt, wenn Befunde gemäß Anlage 1c I der Mutterschafts-Richtlinien einer differentialdiagnostischen Klärung oder einer Kontrolle bedürfen. Handelt es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft, so ist die Leistung nach der EBM-Nr. 01772 entsprechend der Zahl der Mehrlinge auch mehrfach abrechenbar. Die Leistung nach EBM-Nr. 01772 kann unabhängig von der Notwendigkeit mehrerer Untersuchungen nur einmal im Quartal berechnet werden. Sie kann aber jedes Quartal – wenn Kontrollbedarf besteht – neu abgerechnet werden.

In Anlage 1 c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien

(im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>) wird informiert:

Über die in Anlage 1 a und 1 b genannten Untersuchungen hinaus können weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonographischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienen und eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt. Diese Untersuchungen gehören zwar zum Programm der Mutterschaftsvorsorge, sind aber nicht mehr Bestandteil des Screening.

I.

1. Rezidivierende oder persistierende uterine Blutung
2. Gestörte intrauterine Frühschwangerschaft
3. Frühschwangerschaft bei liegendem IUP, Uterus myomatosus, Adnextumor
4. Nachkontrolle intrauteriner Eingriffe
5. Cervixmessung mittels Ultraschall bei Cervixinsuffizienz oder Verdacht
6. Bestätigter vorzeitiger Blasensprung und/oder vorzeitige Wehentätigkeit
7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus
8. Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung
9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.

01773**Weiterführende sonographische Diagnostik II****596****64,50****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01773 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01773 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 33040, 33042, 33043, 33044, 33050, 33081
in derselben Sitzung 33042

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 28 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoge Bewertung Nr. A 1006*.

Kommentar:

Eine weiterführende Sonographie-Diagnostik I nach EBM-Nr. 01772 wird dann durchgeführt, wenn Befunde gemäß Anlage 1c I der Mutterschafts-Richtlinien einer differentialdiagnostischen Klärung oder einer Kontrolle bedürfen. Handelt es sich um eine Mehrlingsschwangerschaft, so ist die Leistung nach der EBM-Nr. 01772 entsprechend der Zahl der Mehrlinge auch mehrfach abrechenbar. Die Leistung nach EBM-Nr. 01772 kann unabhängig von der Notwendigkeit mehrerer Untersuchungen nur einmal im Quartal berechnet werden. Sie kann aber jedes Quartal – wenn Kontrollbedarf besteht – neu abgerechnet werden.

In Anlage 1 c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien

(im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>) wird informiert:

Über die in Anlage 1 a und 1 b genannten Untersuchungen hinaus können weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonographischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienen und eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt. Diese Untersuchungen gehören zwar zum Programm der Mutterschaftsvorsorge, sind aber nicht mehr Bestandteil des Screening.

I.

1. Rezidivierende oder persistierende uterine Blutung
2. Gestörte intrauterine Frühschwangerschaft
3. Frühschwangerschaft bei liegendem IUP, Uterus myomatosus, Adnextumor

4. Nachkontrolle intrauteriner Eingriffe
5. Cervixmessung mittels Ultraschall bei Cervixinsuffizienz oder Verdacht
6. Bestätigter vorzeitiger Blasensprung und/oder vorzeitige Wehentätigkeit
7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus
8. Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung
9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.

01774

Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Föten gemäß Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien

**792
85,71****Obligater Leistungsinhalt**

- Farbcodierte duplexsonographische Echokardiographie(n),
- Bilddokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01774 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01774 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01774 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33062, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075

Bericht:

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 28 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Analoge Bewertung Nr. A 1007

Auch wenn mehrere Untersuchungen erforderlich sind, kann die Leistung nach EBM-Nr. 01774 jeweils nur einmal im Behandlungsfall = Quartalsfall berechnet werden. Abhängig von der Zahl kann im Rahmen einer Mehrlingsschwangerschaft entsprechend mehrfach abgerechnet werden.

Ist eine Duplex-sonographische Untersuchung des fetomaternalen Gefäßsystems bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Feten erforderlich, dann kann diese nach EBM-Nr. 01775 zusätzlich berechnet werden.

Anlage 1 d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien

(im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>) wird informiert:

Dopplersonographische Untersuchungen

Die Anwendung der Dopplersonographie als Maßnahme der Mutterschaftsvorsorge ist nur bei einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Indikationen und – mit Ausnahme der Fehlbildungsdiagnostik – nur in der zweiten Schwangerschaftshälfte zulässig.

2. Verdacht auf intrauterine Wachstumsretardierung
3. Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie/Eklampsie
4. Zustand nach Mangelgeburt/intrauterinem Fruchttod
5. Zustand nach Präeklampsie/Eklampsie
6. Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung
7. Begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung

8. Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum

9. Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzerkrankungen.

01775

Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Föten durch die in Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen

472
51,08**Obligater Leistungsinhalt**

- Farbcodierte duplexsonographische Untersuchung(en) des fetomaternalen Gefäßsystems,
- Bilddokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01775 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01775 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01775 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01775 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33062, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoge Bewertung Nr. A 1008

Kommentar:

Anlage 1 d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien

(im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>)

Siehe Kommentar zu Nr. 01774.

01776

Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)

106
11,47**Obligater Leistungsinhalt**

- Orale Gabe von 50g Glukoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit),
- Entnahme von Venenblut 1h nach Gabe von 50g Glukoselösung,
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung eines zeitnah durchzuführenden oralen Glukosetoleranztests (oGTT) einschließlich diesbezüglicher Beratung der Schwangeren bei Überschreitung des dafür in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten unteren Grenzwerts,
- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreitung des in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten oberen Grenzwerts,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01776 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

In der Gebührenordnungsposition 01776 sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

01777

Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)

16
1,73**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Orale Gabe von 75g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8h Nahrungskarenz,
- Dreimalige Entnahme von Venenblut (nüchtern, 1h sowie 2h nach Gabe der Glukoselösung),
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreiten der in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten Grenzwerte,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01777 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

In der Gebührenordnungsposition 01777 sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 01777 ist nur berechnungsfähig bei Schwangeren, deren Plasmaglukosekonzentration im Venenblut im Vortest auf Gestationsdiabetes nach der Gebührenordnungsposition 01776 in dem in den o.g. Richtlinien des G-BA für die Durchführung eines oGTT vorgesehenen Bereich lag.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

01780

Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinien

348
37,66**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung(en),
- Besprechung mit der Schwangeren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Externe kardiotokographische Untersuchung (CTG) gemäß Abschnitt B 4c und Anlage 2 der Mutterschafts-Richtlinien (Nr. 01786),
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01780 ist nicht durch den Arzt berechnungsfähig, der die Schwangere während der Schwangerschaft betreut.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01780 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01780 ist nicht neben weiteren Leistungen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01786, 33042, 33043, 33044

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex ist in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 24, 1001* ff.

Kommentar:

Diese Leistung wird in der Regel auf Überweisungsschein von einem ermächtigten Gynäkologen im Krankenhaus erbracht.

Wird die Patientin wegen Erkrankungen in der Schwangerschaft von einem ermächtigten Gynäkologen behandelt, so kann dieser die Leistung nach Nr. 01780 ebenso wie ein Belegarzt, der die Patientin in der Schwangerschaft betreut nicht abrechnen.

01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschallsicht	523 56,60
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01781 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01782, 02340, 02341, 02343, 33042, 33043, 33044, 33090, 33091, 33092	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 10 Prüfzeit: 8 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1011 + Ultraschall: Nrn. 410 oder 420	
Kommentar:	Die Leistung kann nach den Mutterschafts-Richtlinien nur bei einer Risikoschwangerschaft erbracht und abgerechnet werden.	
01782	Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht	728 78,79
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschallsicht (Nr. 01781)	
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01782 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01781, 02340, 02341, 02343, 33042, 33043, 33044, 33090, 33091, 33092	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 19 Prüfzeit: 15 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. Nrn. 307 + 1012 + Ultraschall nach Nrn. 410 ggf. und 420	
01783*	Quantitative Bestimmung von Alpha-1-Feto-Protein (AFP) im Fruchtwasser oder im Serum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	60 6,49
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32350	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	
GOÄ	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Nr. 3743*	
01784	Amnioskopie	62 6,71
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 3 Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1010	
01785	Tokographische Untersuchung vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung gemäß Abschnitt B 4b der Mutterschafts-Richtlinien	94 10,17
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01786	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 2 Prüfzeit: 2 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1001*	
01786	Externe kardiotokographische Untersuchung (CTG) gemäß Abschnitt B 4c und Anlage 2 der Mutterschafts-Richtlinien	117 12,66
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01786 ist je Tag – auch bei Mehrlingschwangerschaften – höchstens zweimal berechnungsfähig.	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01780 in derselben Sitzung 01785	

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1002*

Kommentar: Routinemäßige Untersuchungen sind nicht abrechenbar. In den Mutterschafts-Richtlinien (im Internet unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-70/RL_Mutter-2003-03-24.pdf) sind Indikationen zur kardiotokeographischen Untersuchung festgelegt:

Anlage 2 Indikationen zur Kardiotokographie (CTG) während der Schwangerschaft

Die Kardiotokographie ist im Rahmen der Schwangerenvorsorge nur angezeigt, wenn eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt:

A. Indikationen zur erstmaligen CTG

- in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche drohende Frühgeburt
- ab der 28. Schwangerschaftswoche

a) Auskultatorisch festgestellte Herztonalterationen

b) Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit.

B. Indikationen zur CTG-Wiederholung

CTG-Alterationen

a) Anhaltende Tachykardie (> 160/Minute)

b) Bradykardie (100/Minute)

c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)

d) Hypooszillation, Anoszillation

e) Unklarer Kardiotokogramm-Befund bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit

f) Mehrlinge

g) Intrauteriner Fruchttod bei früherer Schwangerschaft

h) Verdacht auf Placenta-Insuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund

i) Verdacht auf Übertragung

j) Uterine Blutung

Medikamentöse Wehenhemmung

01787

Transzervikale Gewinnung von Chorionzotengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe unter Ultraschallsicht

753
81,49

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01787 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02340, 02341, 02343, 33042, 33043, 33044, 33090, 33091, 33092

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1014 + Ultraschall: Nr. 410 und 420

01790

Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung

182
19,70

Obligatorer Leistungsinhalt

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Zusammenfassung für die oder den Begutachtete(n),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 01793, 01838, 08573, 11310 bis 11312 sowie der Abschnitte 11.4.3 und 11.4.4 ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 01790 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572

- im Krankheitsfall 11230, 11232
- Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
- Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 21 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor.
- Kommentar:** Nur die im Kapitel 11 (Humangenetische Leistungen) aufgeführten Arztgruppen
- Fachärzten für Humangenetik,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik,
 - Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 11 erbringen und über eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels verfügen,
- dürfen die Leistung berechnen

01791 Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter Befunde **366** 39,61

Obligater Leistungsinhalt

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Zusammenfassung für die/den Begutachtete(n),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232, 11310, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322
im Behandlungsfall 01600, 01601, 01790, 01792, 01793, 01835, 01836, 01837, 01838, 08570, 08571, 08572, 08573

- Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
- Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 21 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor.
- Kommentar:** Siehe Kommentar zu Nr. 01790.

01792* Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko **1499** 162,23

Obligater Leistungsinhalt

- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos,
- Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten,
- Detaillierte Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Quantifizierung des Risikos durch
 - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder
 - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten und/oder
 - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n),
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01792 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232
im Behandlungsfall 01600, 01601, 01790, 01791, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572

- Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
- Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 71 **Prüfzeit:** 71 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 21 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor und 85 (Gutachten)
Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 01790.

01793* Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **5266**
569,92

Obligatorer Leistungsinhalt

- Chromosomenanalyse aus den Amnionzellen oder Chorionzotten, mit Anlage von mindestens 2 und Auswertung von mindestens einer Kultur,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen,
- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung,
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),
- Fotografische Dokumentation,
- X-Chromatin-Bestimmung und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

Abrechnungsbestimmung je Fötus, einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 01791, 01836, 08571, 08573
im Krankheitsfall 11501, 11502, 11503, 11506, 11508, 11511, 11512, 11513, 11514, 11516, 11517

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4873*

Kommentar: Eine transzervikale Gewinnung von Chorionzottengewebe oder Amnionzellen ist nach Nr. 01787 zu berechnen.

01800* Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **44**
4,76

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32566

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4232*, 4247*

Kommentar: Nach den **Mutterschafts-Richtlinien** (im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>) **sollte ...** „bei jeder Schwangeren zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe der TPHA (Treponema-pallidum-Hämagglutinationstest) als Lues-Suchreaktion durchgeführt werden...“

Bei positiver Lues-Suchreaktion sind weitere (kurative) Untersuchungen nach den Nrn. 32565 f. erforderlich und abrechenbar.

Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32566 zu berechnen.

01802* Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **97**
10,50

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32574

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4306*, 4387*, 4398*

Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32574 zu berechnen.

01803* Untersuchung auf Rötelnantikörper der Klasse IgM mittels Immunoassay bei auffälliger Rötelnanamnese im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **97**
10,50

Fakultativer Leistungsinhalt

- Antikörperisolierung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32574

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3768*, 4387*, 4398*
Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32574 zu berechnen.

01804* Bestimmung der Blutgruppe (A, B, 0) und des Rh-Faktors D einschl. der Serumeigenschaften im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **83**
8,98
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32540

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3982*
Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32540 zu berechnen.
 Die **Mutterschafts-Richtlinien** (im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>) informieren:

C. Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft

1 d): Die Untersuchung des Rh-Merkmals D erfolgt mit mindestens zwei verschiedenen Testreagenzien. Für die Untersuchung wird die Anwendung zweier monoklonaler Antikörper (IgM-Typ), die die Kategorie D^{VI} nicht erfassen, empfohlen. Bei negativem Ergebnis beider Testansätze gilt die Schwangere als Rh negativ (D negativ). Bei übereinstimmend positivem Ergebnis der beiden Testansätze ist die Schwangere Rh positiv. Bei Diskrepanzen oder schwach positiven Ergebnissen der Testansätze ist eine Klärung z. B. im indirekten Antiglobulintest mit geeigneten Test-reagenzien notwendig. Fällt dieser Test positiv aus, so ist die Schwangere Rh positiv (D^{weak} positiv).

Die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors entfällt, wenn entsprechende Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen und von einem Arzt bescheinigt wurden.

01805* Untersuchung auf Dweak im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **65**
7,03
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32542

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3985*
Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32542 zu berechnen.

01806* Bestimmung der Blutgruppenmerkmale C, c, E und e im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **41**
4,44
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32541

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3984*
Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist kurativ pro Blutgruppenmerkmal die Nr. 32541 zu berechnen.

01807* Antikörper-Nachweis mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 2 Testerythrozyten-Präparationen (Antikörper-Suchtest) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **65**
7,03
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32545

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3990*
Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32545 zu berechnen.

01808*	Antikörper-Differenzierung mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 8 Testerythrozyten-Präparationen bei positivem Ausfall des Antikörper-Suchtests im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	138 14,94
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32546	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3989*, 3992*	
Kommentar:	Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (im Internet unter https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/) ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32546 zu berechnen.	
01809*	Quantitativer Antikörpernachweis mittels indirektem Coombstest im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	80 8,66
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32554	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3986*	
Kommentar:	Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32554 zu berechnen.	
01810*	Untersuchung auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBs-Ag) bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	55 5,95
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32781	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4643*	
Kommentar:	Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32781 zu berechnen.	
01811*	Untersuchung auf HIV-Antikörper bei einer Schwangeren mittels Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	41 4,44
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32575	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4395*	
Kommentar:	Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, sind (kurativ) die Nrn. 32575 oder 32576 zu berechnen.	
01812	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	16 1,73
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik, • Angabe des Messergebnisses als Glukosekonzentration im venösen Plasma,	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchung	
	Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 32025, 32057	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin gemäß Abschnitt F.1. oder F.2. der Mutterschafts-Richtlinien	134 14,50
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 9	Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1, 3, 7 + 3517*	

Kommentar: Versicherten- oder Grundpauschale können nicht neben Nr. 01815 abgerechnet werden. Siehe Mutterschafts-Richtlinien.

6-8 Wochen nach der Geburt sollte jede Schwangere zur postpartalen Nachuntersuchung in die Praxis kommen. Diese GOP darf bei jedem APK nach Partus abgerechnet werden, also auch, wenn die Wöchnerin z. B. wegen Brustbeschwerden beim Stillen in die Praxis kommt. Es gibt für diese GOP keine Mengenbeschränkung, auch wenn sie mehrmals in der Woche kommt. (Quelle: <http://www.arztpraxis.com/news/news-abrechnung/article/aus-arztpraxis-abrechnung-betreuung-einer-schwangeren-in-der-gynaekologischen-praxis/>)

01816* Chlamydia trachomatis – Nachweis im Urin gemäß Abschnitt A, Nr. 2 b der Mutterschaftsrichtlinie

85
9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 01840, 01915

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4780*, 4781*, 4782*, 4783*, 4784*, 4785*, 4786*, 4787*

Die Leistung wurde – wie auch die Leistungen nach Nrn. 01817, 01818, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918 zum **Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektionen bei Frauen** (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/110/>) – neu zum 1.4.2008 aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) informiert in diesem Zusammenhang über eine Änderungen der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie der Mutterschafts-Richtlinien u.a.:

... „b) Hintergrund: Die genitale Chlamydia trachomatis-Infektion ist weltweit die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung. Die Infektion verläuft überwiegend asymptomatisch und birgt bei der Frau die Gefahr entzündlicher Erkrankungen des kleinen Beckens (Pelvic Inflammatory Disease, PID). Als schwere Folgeerkrankungen können insbesondere Sterilität, chron. Unterbauchschmerzen und ektopische Schwangerschaften resultieren. Neugeborene infizierter Mütter entwickeln in einem erheblichen Anteil Bindehautentzündungen (Konjunktividen) und Lungenentzündungen (Pneumonien), darüber hinaus gibt es Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Frühgeburtslichkeit, vorzeitigem Blasensprung, kindlichem Untergewicht („small for gestational age“ = SGA) und anderen Schwangerschaftskomplikationen...“

1.7.5 Empfängnisregelung

01820 Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen, im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch

11
1,19

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01820 ist nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Nr. 2*

Nach den **Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]** (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/9/>) soll die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten erfolgen.

Die Kosten für im Rahmen dieser Richtlinien verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie deren Applikation fallen nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen hiervon sind verordnungspflichtige Mittel zur Empfängnisverhütung [hormonelle Antikonzeptiva und Interzeptiva (postkoitale Antikonzeptiva, „Pille danach“), Intrauterinpeessare] bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.

01821**Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung****71**
7,68**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01821 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01822

in derselben Sitzung 01850, 01900

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 8**Prüfzeit:** 8**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3

Kommentar:

Zur Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung führen die **Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]** (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/9/>) u.a. aus

B. Empfängnisregelung

1. Die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen als auch eine Schwangerschaft zu verhüten. Eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. ...

2. Die ärztliche Beratung soll die wissenschaftlich anerkannten Methoden der Empfängnisregelung berücksichtigen, individuell erfolgen und sich – wenn erforderlich – auch auf den Partner beziehen.

3. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die in diesen Richtlinien aufgeführten Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Beratung über Maßnahmen zur Empfängnisregelung eine Untersuchung erfordert.

01822**Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung****113**
12,23**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01822 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01821

in derselben Sitzung 01850

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 12**Prüfzeit:** 12**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3, 7, ggf. 8

Kommentar: Zur Beratung und ggf. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung führen die **Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]** u.a. aus:

B. Empfängnisregelung

8. Vor der erstmaligen Verordnung eines Mittels zur Empfängnisverhütung sollen neben der Erhebung der Anamnese die gynäkologische Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung und die zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs durchgeführt werden. Ergeben sich hieraus Hinweise auf eine Krankheit, die eine Kontraindikation zur Verordnung des Mittels zur Empfängnisverhütung sein kann, sind die dazu erforderlichen diagnostischen Maßnahmen nicht Gegenstand dieser Richtlinien, sondern Bestandteil der kurativen Versorgung.

9. Kontrolluntersuchungen während der Dauer der Anwendung eines Mittels zur Empfängnisverhütung richten sich hinsichtlich Art und Umfang nach den einzelnen Methoden. Im Einzelfall können folgende Untersuchungen notwendig sein:

a) bei hormoneller Antikonception

- gynäkologische Untersuchung einschl. Blutdruckmessung
- zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs
- mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets

b) bei Anwendung des Intrauterinpessars

- zusätzlich zu den Maßnahmen nach a) eine Ultraschalluntersuchung frühestens acht, jedoch spätestens vierzehn Tage nach Applikation

Eine mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets ist nach Nr. 01827 abzurechnen und eine Ultraschalluntersuchung nach Applikation eines Intrauterinpessars nach Nr. 01831.

01825 Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung, einschl. Kosten **19
2,06**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix,
- Fixierung des Ausstriches

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme mittels Bürste

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01730

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 297

Kommentar: Eine folgende zytologische Untersuchung ist nach Nr. 01826 abzurechnen.

01826 Zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung **58
6,28**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s), auch Bürstenabstriche, von Ekto- und/oder Endozervix

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstrichentnahme von Ekto- und/oder Endozervix, einschl. Kosten

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01826 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 01733, 19310, 19311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 1 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 4851*, da diese Untersuchung eigentlich für Krebsdiagnostik

Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Empfängnisregelung ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 19311 zu berechnen.

01827 Mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets im Rahmen der Empfängnisregelung **27
2,92**
Obligatorer Leistungsinhalt

- Mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets als Nativpräparat und/oder nach einfacher Färbung (z.B. mit Methylen-Blau, Fuchsin, Laktophenol-Blau, Lugolscher Lösung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32045

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3508*, 3509* (nach Färbung)

Kommentar: Wird die Untersuchung nicht im Rahmen der Empfängnisregelung ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 32045 zu berechnen.

01828 Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung **19
2,06**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01828 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 01828 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 08210, 08211, 08212

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 250*

Kommentar: Die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien] führen u.a. aus:

B. Empfängnisregelung

5. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer Röteln-Infektion in einer späteren Schwangerschaft erstrecken. Ergibt sich in dem Beratungsgespräch, dass die Immunitätslage gegen Röteln ungeklärt ist, so soll eine Antikörper-Bestimmung (Röteln HAH-Test) durchgeführt werden. Das Ergebnis ist in einer besonderen Bescheinigung zu dokumentieren oder im Impfbuch einzutragen. Die Immunitätslage ist als geklärt anzusehen, wenn das Ergebnis einer früheren Röteln-Antikörper-Bestimmung den Nachweis spezifischer Antikörper erbracht hat; eine entsprechende Bescheinigung ist von der Versicherten anzufordern. Wird diese vorgelegt, ist eine Antikörper-Bestimmung nicht mehr erforderlich.

Ist keine Immunität vorhanden, soll eine Röteln-Schutzimpfung empfohlen werden. Die Impfung ist nicht Gegenstand dieser Richtlinien.

01830 Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpeessars (IUP) im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr **203
21,97**
Obligatorer Leistungsinhalt

- Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpeessars (IUP) im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),
- Transkavitäre Untersuchung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01830 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08330, 08331, 33044, 33090

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 14 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 1091

Kommentar: Eine ggf. erforderliche Sonographie kann nicht gesondert berechnet werden, da sie nach der Leistungslegende von Nr. 01830 fakultativer Bestandteil der Leistung ist. Wird die Leistung nicht im Rahmen der Empfängnisregelung ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 08330 (Fachkapitel: Gynäkologie) zu berechnen.

Für Versicherte bis zum 20. Lebensjahr übernehmen die GKV-Kassen für einen Intrauterin-pessar und das Einlegen die Kosten und bei älteren Patientinnen nur, wenn ein Intra-uterin-pessar wegen einer bestehenden Erkrankung dringend erforderlich ist.

01831 Ultraschallkontrolle nach Applikation eines Intrauterin-pessars (IUP) gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch **149**
16,13

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01831 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08331, 33042, 33044, 33090, 33091, 33092

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 410, ggf. Nr. 420

Kommentar: Nach **Wetzel/Liebold** kann eine sonographische Kontrolle nach Applikation unabhängig vom Alter der Patientin gegenüber der GKV berechnet werden – allerdings nur einmal. S. auch Kommentar zu Nr. 01830.

01832 Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr **65**
7,03

Obligater Leistungsinhalt

- Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02360, 08331

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 252 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor, Nr. 490 (Lokalanästhesie)

Kommentar: Wird die Applikation nicht im Rahmen der Empfängnisregelung ausgeführt, ist (kurativ) die Nr. 08331 (Fachkapitel: Gynäkologie) zu berechnen.

01833* Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgGNachweis) **106**
11,47

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32629

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

01835* Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung **143**
15,48

Obligater Leistungsinhalt

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 01793, 01838, 08573, sowie der Abschnitte 11.4.3 und 11.4.4 ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 01835 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232

im Behandlungsfall 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 21

Kommentar: Nur die im Kapitel 11 (Humangenetische Leistungen) aufgeführten Arztgruppen dürfen die Leistung berechnen

01836* Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter Befunde

288
31,17

Obligater Leistungsinhalt

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Zusammenfassung für die oder den Begutachtete(n),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Abrechnungsausschluss**

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232, 11310, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322

im Behandlungsfall 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01793, 01835, 01837, 01838, 08570, 08571, 08572, 08573

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 21

Kommentar: Nur die im Kapitel 11 (Humangenetische Leistungen) aufgeführten Arztgruppen dürfen die Leistung berechnen

01837* Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko

1179
127,60

Obligater Leistungsinhalt

- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos,
- Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten,
- Detaillierte Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Quantifizierung des Risikos durch
 - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen
- und/oder
 - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten
- und/oder
 - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für die oder den Begutachtete(n),
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01837 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 08570, 08571, 08572

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 71 **Prüfzeit:** 71 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 21 und 85 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor, eventuell auch Nr. 8

Kommentar: Nur die im Kapitel 11 (Humangenetische Leistungen) aufgeführten Arztgruppen dürfen die Leistung berechnen

01838* Postnatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Empfängnisregelung, **1393**
Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall **150,76**

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01791, 01836, 08571, 08573

im Krankheitsfall 01600, 01601, 11231

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*

Kommentar: Wird die gentische Untersuchung nicht im Rahmen der Empfängnisregelung ausgeführt, ist (kurativ) eine Leistung aus Kapitel 11.3 (Humangenetik Diagnostische Leistungen) zu berechnen.

01839* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der **447**
Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken **48,38**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder

- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder

- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fotografische Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 11312

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 1 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*

01840* Chlamydia trachomatis – Nachweis im Urin gemäß Abschnitt B, Nr. 6 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum **67**
Schwangerschaftsabbruch **7,25**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 01816, 01915

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: 4780* – 4787*

Kommentar: Die Leistung wurde – wie auch die Leistungen nach Nrn. 01816, 01817, 01818, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918 zum **Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektionen bei Frauen** – zum 1.4.2008 aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) informiert in diesem Zusammenhang über eine Änderungen der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie der Mutterschafts-Richtlinien u.a.:

... „b) Hintergrund: Die genitale Chlamydia trachomatis-Infektion ist weltweit die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung. Die Infektion verläuft überwiegend asymptomatisch und birgt bei der Frau die Gefahr entzündlicher Erkrankungen des kleinen Beckens (Pelvic Inflammatory Disease, PID). Als schwere Folgeerkrankungen können insbesondere Sterilität, chron. Unterbauchschmerzen und ektopische Schwangerschaften resultieren. Neugeborene infizierter Mütter entwickeln in einem erheblichen Anteil Bindehautentzündungen (Konjunktividen) und Lungenentzündungen (Pneumonien), darüber hinaus gibt es Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Frühgeburtlichkeit, vorzeitigem Blasensprung, kindlichem Untergewicht („small for gestational age“=SGA) und anderen Schwangerschaftskomplikationen...“

1.7.6 Sterilisation

01850 Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung **71
7,68**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01821, 01822, 01900

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Beratung: Nr. 3 und Untersuchung: Nr. 7, ggf. auch Nr. 8

Die Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung kann auch, wenn sie in mehreren Arzt-Patienten-Kontakten ausgeführt wird, nur einmal im Quartal abgerechnet werden.

01851* Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation, **69
7,47**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 7, ggf. auch Nr. 8

01852* Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der Gebührenordnungsposition 01856 **179
19,37**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 05310

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 7, ggf. auch Nr. 8, + Beratungsleistung

01853* Infiltrationsanästhesie zur Durchführung der Sterilisation beim Mann **53**
5,74

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 490

01854* Sterilisation des Mannes bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **801**
86,69

Anmerkung Der operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 29 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1756

Kommentar: Eine erforderliche Infiltrationsanästhesie ist nach Nr. 01853 zu berechnen.

01855* Sterilisation der Frau bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **1303**
141,02

Anmerkung Der operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 48 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 1156

01856* Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation **1298**
140,48

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05330)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05331)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01913, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02342, 05372, 30708 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3, 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 75 **Prüfzeit:** 68 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 462

01857* Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01856 **502**
54,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung für mindestens zwei Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Postoperative Analgesie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmung kann die Gebührenordnungsposition 01857 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status verfügt.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01910, 01911, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02330, 02331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05350, 05372, 13256, 31828, 32247, 36884 und Kapitel 36.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), ggf. Verweilgebühr Nr. 56*

1.7.7 Schwangerschaftsabbruch

01900 Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch **81
8,77**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Feststellung der Indikation für den Schwangerschaftsabbruch,
- Klinische Untersuchung,
- Immunologische Schwangerschaftstests,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01821, 01850

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 7, 22, 90, ggf. Schwangerschaftstests nach Nrn. 3528*, 3529*

Kommentar: Die Beratung kann auch, wenn sie in mehreren Arzt-Patienten-Kontakten ausgeführt wird, nur einmal im Quartal abgerechnet werden.

Die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien] führen u.a. aus:

D. Schwangerschaftsabbruch

Allgemeines

Der Schwangerschaftsabbruch ist keine Methode zur Geburtenregelung. Daher hat jeder Arzt im Rahmen der von ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.

Erwägt die Schwangere gleichwohl einen Schwangerschaftsabbruch, ist auf die Möglichkeit öffentlicher und privater sozialer Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder hinzuweisen. Zusätzlich ist die Schwangere über die gesundheitlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten.

Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt, muß unabhängig von der Art des Schwangerschaftsabbruchs

- der Schwangeren Gelegenheit geben, ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen (§ 218 c Strafgesetzbuch – StGB),
- die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten (§ 218 c StGB),
- die notwendige Nachbehandlung gewährleisten (§ 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG).

01901 Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch **95
10,28**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauf, Folgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c des StGB,
- Klinische Untersuchung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 7

Kommentar: Die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien] führen u.a. aus:

D. Schwangerschaftsabbruch

3.3 Kostenregelung

a) Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24 b Abs. 3 SGB V)

Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf Leistungen, die der Gesundheit der Frau oder, wenn es nicht zum Abbruch kommt, dem Schutz des Kindes sowie dem Kindesschutz bei weiteren Schwangerschaften dienen. Hierzu gehören die nachfolgenden Leistungen, für die die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden:

(aa) bei allen Schwangerschaftsabbrüchen:

- Die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,
- die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft,
- die Feststellung des Schwangerschaftsalters durch eine Ultraschall-Untersuchung vor dem Abbruch,
- die Bestimmung von Blutgruppe und Rhesusfaktor,
- die bei Rhesus-negativen Frauen nach erfolgtem Abbruch durch-zuführende Rhesus-Desensibilisierung durch Injektion von Anti-D-Immunglobulin (Anti-D-Prophylaxe),
- die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, wenn diese Maßnahmen erforderlich werden, um Komplikationen des Abbruchs zu behandeln,
- die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung;

(bb) beim operativen Abbruch:

- Präoperative Beratungen und Aufklärungsgespräche im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen des operativen Eingriffs,
- die prophylaktische Gabe eines Uterotonikums postoperativ,
- die histologische Untersuchung des Abradates (Schwangerschaftsgewebes),
- perioperativ und/oder intraoperativ zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen;

Die Verordnung und Abrechnung erfolgt nach den sonst für die vertragsärztliche Versorgung üblichen Verfahren.

b) Zahlungspflicht der Frau (§ 24 b Abs. 4 SGB V)

Folgende Leistungen, die sich auf den Abbruch der Schwangerschaft unmittelbar erstrecken und zu seiner Durchführung im Regelfall notwendig sind, werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen:

(aa) beim operativen Schwangerschaftsabbruch:

- Kombinationsnarkose mit Maske, gegebenenfalls mit endotrachealer Intubation bzw. Spinalanästhesie oder Lokalanästhesie des Gebärmutterhalses, einschließlich der gegebenenfalls intra-operativ erforderlichen Überwachungsmaßnahmen und folgender Laboruntersuchungen der präoperativen Diagnostik, sofern sie im Einzelfall notwendig sind:
- Kleines Blutbild: Hämoglobin, Hämatokrit,
- Glucose und Eiweiß im Urin mittels Teststreifen,
- zusätzlich bei Intubationsnarkose: Kalium,
- bei rückenmarksnaher Leitungsanästhesie: Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thromboplastinzeit nach Quick (TPZ), Thrombozyten,
- der operative Eingriff,
- gegebenenfalls eine vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
- die Katheterisierung der Harnblase,
- die Injektion von Medikamenten,

- gegebenenfalls die Gabe eines wehenfördernden Medikamentes,
- gegebenenfalls die Assistenz durch einen anderen Arzt,
- die körperliche Untersuchung im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation (Aufwachphase);

(bb) beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch:

- Durchführung des medikamentös ausgelösten Abbruchs bis zum 49. Tag p.m. einschließlich Überwachung und Betreuung während der Austreibungsphase,
- gegebenenfalls mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- gegebenenfalls einschließlich der Gabe von Medikamenten zur Behandlung von Nebenwirkungen der zur Auslösung des Abbruchs verabreichten Medikamente,
- gegebenenfalls sonographische Untersuchung(en) zur Überprüfung des Behandlungserfolgs.

01902 Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch **149** 16,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),
- Bildokumentation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01902 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 33042, 33043, 33044, 33081

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 410, 420

01903* Präanästhesiologische Untersuchung einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der Gebührenordnungsposition 01913 **179** 19,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 05310

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 7, ggf. Beratungsleistungen

01904* Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur vollendeten 12. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche p. m. **964** 104,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des operativen Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- Intrazervikale oder vaginale Prostaglandinapplikation,
- Ultraschalluntersuchung(en)

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01904 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01904 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218 c StGB.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 33042, 33043, 33044, 33081

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 24 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1055

Kommentar: Siehe Kommentar zu 01900 und 01901 (Auszüge aus den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch [vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]).
 Erforderliche Sonographien im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs sind Bestandteil der Leistung und können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

01905* Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. ab der 15. Schwangerschaftswoche p. m. **1102**
119,27

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- Intrazervikale oder vaginale Prostaglandinapplikation,
- Ultraschalluntersuchung(en)

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01905 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01905 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218 c StGB.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 33044

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 38 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1056

01906* Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zum 63. Tag p.m. **561**
60,71

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- Applikation wehenfördernder Mittel,
- Ultraschalluntersuchung(en)

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01906 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01906 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218 c StGB.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 32 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1055

Kommentar: Kostenpauschale Nr. 40156 bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Leistung nach Nr. 01906 für den Bezug von Mifepriston.

Erforderliche Kontrolluntersuchungen sind nach Nr. 01912 abzurechnen.

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition des Abschnitts IV-30.7
- EKG-Monitoring

Abrechnungsbestimmung

 einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01911 ist nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Gebührenordnungsposition 01906 berechnungsfähig.

01910*

Dauer mehr als 2 Stunden

502
54,33

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition des Abschnitts IV-30.7
- EKG-Monitoring

Abrechnungsbestimmung

 einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01911 ist nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Gebührenordnungsposition 01906 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01857, 02100, 02101, 30710 und Kapitel 1.5, 31.3, 36.3

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 56*

01911*

Dauer mehr als 4 Stunden

1010
109,31

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition des Abschnitts IV-30.7
- EKG-Monitoring

Abrechnungsbestimmung

 einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 01911 ist nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Gebührenordnungsposition 01906 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01857, 02100, 02101, 30710 und Kapitel 1.5, 31.3, 36.3

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 56*

01912 Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach den Gebührenordnungspositionen 01904, 01905 oder 01906 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch **207
22,40**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beratung(en),
- Gynäkologische Untersuchung,
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01912 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 33044

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5, 410, 420, 403*

Kommentar: Die Leistung muß nicht zwingend von dem Arzt, der den Abbruch durchgeführt hat, erbracht werden.

01913* Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch **1298
140,48**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05330)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05331)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02342, 05372 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3, 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 75 **Prüfzeit:** 68 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 460

01915* Chlamydia trachomatis – Nachweis im Urin gemäß Abschnitt D, Nr. 3.3, a, (aa) der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch **67
7,25**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 01816, 01840

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4780*, 4781*, 4782*, 4783*, 4784*, 4785*, 4786*, 4787*

Kommentar: Die Leistung wurde – wie auch die Leistungen nach Nrn. 01816, 01817, 01818, 01840, 01842, 01843, 01917, 01918 zum **Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektionen bei Frauen** – zum 1.4.2008 aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) informiert in diesem Zusammenhang über eine Änderungen der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sowie der Mutterschafts-Richtlinien u.a.:
... „b) Hintergrund: Die genitale Chlamydia trachomatis-Infektion ist weltweit die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung. Die Infektion verläuft überwiegend asymptomatisch und birgt bei der Frau die Gefahr entzündlicher Erkrankungen des kleinen Beckens (Pelvic Inflammatory Disease, PID). Als schwere Folgeerkrankungen können insbesondere Sterilität, chron. Unterbauchschmerzen und ektopische Schwangerschaften resultieren. Neugeborene infizierter Mütter entwickeln in einem erheblichen Anteil Bindehautentzündungen.“

dungen (Konjunktividen) und Lungenentzündungen (Pneumonien), darüber hinaus gibt es Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Frühgeburtlichkeit, vorzeitigem Blasensprung, kindlichem Untergewicht („small for gestational age“=SGA) und anderen Schwangerschaftskomplikationen...

Im kurativen Bereich ist diese Leistung nach der Nr. 32839 abzurechnen – ggf. mit Zuschlag nach Nr. 32859.

1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger voraus.

2. Sofern nur die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950 bis 01952 und 01960 erbracht werden, sind die spezifischen, auf die diamorphingestützte Behandlung bezogenen Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 2, des § 2 Abs. 2 sowie des § 10 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger nicht zu erfüllen.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 setzt voraus, dass die Einrichtung zusätzlich über eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gemäß § 5 Abs. 9b Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verfügt.

4. Der Leistungsbedarf, welcher der Substitutionsbehandlung und/oder der diamorphingestützten Behandlung zuzuordnen ist, umfasst ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956 und 01960. Werden darüber hinaus bei demselben Patienten weitere Leistungen notwendig, sind diese dem übrigen kurativen Leistungsbereich zuzurechnen.

5. Eine Behandlungswoche im Sinne dieses Abschnittes ist jede Kalenderwoche, in der die Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird.

Kommentar:

Maßgeblich für die Abrechnung von Leistungen aus diesem Abschnitt ist die Richtlinie „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung, 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweiligen Fassung, in denen Näheres zu Art, Umfang, Häufigkeit der Leistung bzw. Berechtigung zur Erbringung der Leistung usw. geregelt ist.

Dabei sind die dort genannten besonderen Bestimmungen für die diamorphingestützte Behandlung nicht für die „normale“ Substitutionsbehandlung anzuwenden. Bei der diamorphingestützten Behandlung ist zudem eine behördliche Genehmigung nach der BtMVV erforderlich.

Es wird klargestellt, dass Leistungen der Substitutions- oder der diamorphingestützten Behandlung nur die Nrn. 01950 bis 01952 sowie 01955 und 01956 EBM sind. Dies ist u.a. für etwaige vertragliche Regelungen mit den Kostenträgern wichtig.

Die KV Hessen informiert in unter ebm.aktuell u.a:

... „EBM Änderung in der Substitutionsbehandlung zum 1. Oktober 2017

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 drei wesentliche Änderungen im EBM zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger beschlossen. Diese betreffen die Take-Home-Vergabe, die Substitutionsbehandlung bei Hausbesuchen (unter bestimmten Voraussetzungen) und die Konsiliarverfahren.

Hinweis:

Neue GOP bei Take-Home-Vergabe

Für die Take-Home-Vergabe wird die GOP 01949 neu in den EBM eingeführt. Diese ist einmal je Behandlungstag, jedoch höchstens zweimal je Behandlungswoche berechnungsfähig. Die Behandlungswoche wird in dem Abschnitt 1.8 EBM als jede Kalenderwoche, in der die Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird, definiert.

Wenn der Opiatabhängige ebenfalls im Wechsel eine substitutionsgestützte Behandlung (GOP 01950) in der Arztpraxis benötigt, so ist diese am Behandlungstag nicht neben der neuen GOP 01949 berechnungsfähig. In der Behandlungswoche haben Sie jedoch die Möglichkeit beide GOP bei einem medi-

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

zinischen Bedarf abzurechnen. Die medizinische Begründung vermerken Sie dann bitte in dem freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009).

Die GOP 01949 beinhaltet den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, das Gespräch sowie die Prüfung der Voraussetzungen für die Versorgung über die Take-Home-Vergabe. Im Regelfall ist die Take-Home-Vergabe für sieben Tage vorgesehen, in begründeten Einzelfällen kann sie jedoch auch für 30 Tage erfolgen.

Neue GOP für Konsiliarverfahren

Eine neue GOP wird für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Konsiliarverfahren in den EBM aufgenommen. Die neue GOP 01960 kann alleinig von suchtmmedizinisch qualifizierten Ärzten abgerechnet werden.

Die Konsultation muss bei substituierten Patienten jedes Quartal eingeholt werden, wenn der behandelnde Arzt nicht suchtmmedizinisch qualifiziert ist.

Mit den Änderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) können Ärzte ohne zusätzliche Qualifikation nunmehr zehn statt bislang drei Patienten substituieren.

Abschnitt 1.8. EBM

EBM Nr.	Kurzlegende	Bewertung
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger bei Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtMVV Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, je Behandlungstag, höchstens zweimal in der Behandlungswoche	7,27 €* (69 Punkte)
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 10 Minuten, einmal im Behandlungsfall	9,48 € (90 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungswert 2017 (10,53 Cent)

Die Vergütung der neuen GOP 01949 und 01960 erfolgt extrabudgetär.

Substitutionsbehandlung bei Hausbesuch

Sie können die Substitutionsbehandlung ab 1. Oktober 2017 auch im Rahmen von Hausbesuchen durchführen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient die Arztpraxis **aufgrund einer chronischen Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) oder aufgrund einer nicht mit der Substitution im Zusammenhang stehende Krankheit** nicht aufsuchen kann. Geben Sie unbedingt den ICD-10-Kode der ausschlaggebenden Erkrankung für den Hausbesuch bei der Abrechnung an.

Eine vorliegende Pflegestufe des Patienten vermerken Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009). Bitte beachten Sie, dass die Substitutionsbehandlung kein alleiniger Grund für den Hausbesuch darstellen kann.

Abgerechnet wird der Hausbesuch über die GOP 01410 und 01413 für Mitbesuche sowie die GOP 01950 oder 01949 für die Substitutionsbehandlung während des Hausbesuches.

Therapeutisches Gespräch nach GOP 01952

Bei Ihren substituierten Patienten können Sie nach wie vor bei Bedarf den Zuschlag (GOP 01952) für das therapeutische Gespräch bei den GOP 01950 und 01955 abrechnen. Dies ist auch bei der neuen GOP 01949 möglich. Die GOP 01952 kann höchstens viermal je Behandlungsfall abgerechnet werden.

Abrechnungsvoraussetzungen

Eine Abrechnung der neuen GOP 01949 und 01960 kann, zusätzlich zu den Bestimmungen aus der BtMVV, nur nach Genehmigung der KV Hessen erfolgen (QS-Genehmigung). Besitzen Sie bereits die Genehmigung für den Abschnitt 1.8 EBM, erhalten Sie automatisch die Genehmigung für die GOP 01949. Sind Sie zudem suchtmmedizinisch qualifizierter Arzt, erhalten Sie die Genehmigung für die GOP 01960 ebenfalls automatisch...“

01949

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

69**7,47****Obligator Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtMVV,
- Verordnung des Substitutionsmittels,

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nur mit medizinischer Begründung in der Behandlungswoche neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag

in derselben Sitzung 01950, 01955, 01956, 01960, 01101, 01102, 01214, 01216, 01218

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Danach können Ärzte beispielsweise in begründeten Einzelfällen ein Substitutionsmittel auch für bis zu 30 Tage zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben. Bislang war ein solch langer Zeitraum für die Take-Home-Vergabe in begründeten Einzelfällen nur für Aufenthalte im Ausland möglich.

Im Regelfall ist eine Take-Home-Vergabe bis zu sechs Tagen vorgesehen, am siebten Tag muss der Patient das Substitutionsmittel in der Praxis einnehmen. Die neue GOP ist je Behandlungstag, aber höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig. Kommt der Take-Home-Patient öfter in die Praxis, kann der Arzt den Kontakt bei Vorliegen einer medizinischen Begründung über die GOP 01950 zusätzlich abrechnen.

(Quelle: https://www.kvno.de/60neues/2017/17_09_verguetung_substitution/index.html)

01950

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

39**4,22**

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 01950 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950

berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke

aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01950 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01955, 01956

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar:

Diese Leistung kann – wenn erforderlich – mehrmals im Quartal abgerechnet werden und ist nicht nur für Verabreichung eines Substitutionsmittels angesetzt worden. Nicht vergessen werden sollte die Abrechnung der Fachgruppe Versichertenpauschale und ggf. die Beratungsleistung nach Chroniker-Richtlinie EBM Nr. 01735.

Weitere Information zum Leistungsinhalt der EBM Nr. 01950 finden sich in der Anlage I Nr. 2 unter § 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in der Fassung vom 17. Januar 2006, – zuletzt geändert am 15. Juni 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 29.08.2017 B5), in Kraft getreten am 30. August 2017

Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1442/MVV-RL_2017-06-15_iK-2017-08-30.pdf

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-960/MVV-RL_2014-11-20.pdf

Die KV Hessen informiert in unter ebm.aktuell u.a.:

... „EBM Änderung in der Substitutionsbehandlung zum 1. Oktober 2017

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 drei wesentliche Änderungen im EBM zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger beschlossen. Diese betreffen die Take-Home-Vergabe, die Substitutionsbehandlung bei Hausbesuchen (unter bestimmten Voraussetzungen) und die Konsiliarverfahren.

Hinweis:

Neue GOP bei Take-Home-Vergabe

Für die Take-Home-Vergabe wird die GOP 01949 neu in den EBM eingeführt. Diese ist einmal je Behandlungstag, jedoch höchstens zweimal je Behandlungswoche berechnungsfähig. Die Behandlungswoche wird in dem Abschnitt 1.8 EBM als jede Kalenderwoche, in der die Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird, definiert.

Wenn der Opiatabhängige ebenfalls im Wechsel eine substitutionsgestützte Behandlung (GOP 01950) in der Arztpraxis benötigt, so ist diese am Behandlungstag nicht neben der neuen GOP 01949 berechnungsfähig. In der Behandlungswoche haben Sie jedoch die Möglichkeit beide GOP bei einem medizinischen Bedarf abzurechnen. Die medizinische Begründung vermerken Sie dann bitte in dem freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009).

Die GOP 01949 beinhaltet den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, das Gespräch sowie die Prüfung der Voraussetzungen für die Versorgung über die Take-Home-Vergabe. Im Regelfall ist die Take-Home-Vergabe für sieben Tage vorgesehen, in begründeten Einzelfällen kann sie jedoch auch für 30 Tage erfolgen.

Neue GOP für Konsiliarverfahren

Eine neue GOP wird für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Konsiliarverfahren in den EBM aufgenommen. Die neue GOP 01960 kann alleinig von suchtmedizinisch qualifizierten Ärzten abgerechnet werden.

Die Konsultation muss bei substituierten Patienten jedes Quartal eingeholt werden, wenn der behandelnde Arzt nicht suchtmmedizinisch qualifiziert ist.

Mit den Änderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) können Ärzte ohne zusätzliche Qualifikation nunmehr zehn statt bislang drei Patienten substituieren.

Abschnitt 1.8. EBM

EBM Nr.	Kurzlegende	Bewertung
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger bei Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtMVV Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, je Behandlungstag, höchstens zweimal in der Behandlungswoche	7,27 €* (69 Punkte)
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 10 Minuten, einmal im Behandlungsfall	9,48 € (90 Punkte)

*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungswert 2017 (10,53 Cent)

Die Vergütung der neuen GOP 01949 und 01960 erfolgt extrabudgetär.

Substitutionsbehandlung bei Hausbesuch

Sie können die Substitutionsbehandlung ab 1. Oktober 2017 auch im Rahmen von Hausbesuchen durchführen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient die Arztpraxis **aufgrund einer chronischen Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) oder aufgrund einer nicht mit der Substitution im Zusammenhang stehende Krankheit** nicht aufsuchen kann. Geben Sie unbedingt den ICD-10-Kode der ausschlaggebenden Erkrankung für den Hausbesuch bei der Abrechnung an.

Eine vorliegende Pflegestufe des Patienten vermerken Sie im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009). Bitte beachten Sie, dass die Substitutionsbehandlung kein alleiniger Grund für den Hausbesuch darstellen kann.

Abgerechnet wird der Hausbesuch über die GOP 01410 und 01413 für Mitbesuche sowie die GOP 01950 oder 01949 für die Substitutionsbehandlung während des Hausbesuches.

Therapeutisches Gespräch nach GOP 01952

Bei Ihren substituierten Patienten können Sie nach wie vor bei Bedarf den Zuschlag (GOP 01952) für das therapeutische Gespräch bei den GOP 01950 und 01955 abrechnen. Dies ist auch bei der neuen GOP 01949 möglich. Die GOP 01952 kann höchstens viermal je Behandlungsfall abgerechnet werden.

Abrechnungsvoraussetzungen

Eine Abrechnung der neuen GOP 01949 und 01960 kann, zusätzlich zu den Bestimmungen aus der BtMVV, nur nach Genehmigung der KV Hessen erfolgen (QS-Genehmigung). Besitzen Sie bereits die Genehmigung für den Abschnitt 1.8 EBM, erhalten Sie automatisch die Genehmigung für die GOP 01949. Sind Sie zudem suchtmmedizinisch qualifizierter Arzt, erhalten Sie die Genehmigung für die GOP 01960 ebenfalls automatisch...

01951

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember

83
8,98

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01956

in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1 mit Zuschlag D

01952 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950 oder 01955 für das therapeutische Gespräch **120**
12,99

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung höchstens viermal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01960

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 1 oder 3 ggf. mit erhöhtem Steigerungssatz

Kommentar: Diese Leistung ist auf höchstens 4x im Behandlungsfall = Quartalsfall begrenzt. Im Gegensatz dazu kann die Leistung nach Nr. 01950 (unbegrenzt) mehrmals pro Quartal erbracht werden und ist damit nicht nur auf die Verabreichung der Substitutionsmittel beschränkt.

01955 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten **271**
29,33

Obligater Leistungsinhalt

- Parenterale Diamorphinabgabe(n),
- Alkoholatemtest (Nr. 32148) vor jeder Diamorphinabgabe,
- Postexpositionelle Überwachung nach jeder Diamorphinabgabe,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe,

Fakultativer Leistungsinhalt

- zusätzliche Methadonsubstitution (Nr. 01950)

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01418

am Behandlungstag 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01950, 32148

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 01955 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der diamorphingestützten Behandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis/Einrichtung nicht aufsuchen kann.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01950, 32148

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 1 oder 3 ggf. mit erhöhtem Steigerungssatz

01956 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember **166**
17,97

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01100, 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01214, 01216, 01218, 01949, 01950, 01951

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 1 oder 3 ggf. mit erhöhtem Steigerungssatz

01960

Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

**90
9,74****Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Neben der Gebührenordnungsposition 01960 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01949, 01950, 01952, 01955

Berichtspflicht **Nein**

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** keine Eignung

Kommentar:

Siehe auch Kommentar zu EBM Nr. 01950.

Eine konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariumsverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 der BtMVV kann als EBM Nr. 01960 abgerechnet werden.

Siehe auch Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) unter https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html

2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen

02100

Infusion

Obligatorer Leistungsinhalt

- Infusion
 - intravenös
 - und/oder
 - in das Knochenmark
 - und/oder
 - mittels Portsystem
 - und/oder
 - intraarteriell
- Dauer mindestens 10 Minuten

Anmerkung Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z.B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach der Gebührenordnungsposition 02100 und/oder der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100 und/oder 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31800, 31801, 36800, 36801

im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 26330, 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 30708, 30710, 31501, 31502, 31503, 31504, 31505, 31506, 31507, 31820, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31830, 31831, 36501, 36502, 36503, 36504, 36505, 36506, 36507, 36820, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831, 36882 und Kapitel 5, 34

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 271, 272, 273, 274, 277, 278, 279

Werden im Rahmen des organisierten Notfalldienstes Reanimationen durchgeführt, so sind Infusionen nicht gesondert abrechenbar. Sie befinden sich im Leistungskomplex der Reanimation.

57
6,17

02101

Infusionstherapie

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS)
- und/oder
- Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z.B. fortgeschrittenes Malignom),
- und/oder
- Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten,
- Dauer mind. 60 Minuten

Anmerkung Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z.B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach der Gebührenordnungsposition 02100, der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100, 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13545, 13550, 26330, 34291

am Behandlungstag 31800, 31801, 36800, 36801

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 30708, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723,

157
16,99

30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 36882 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3, 1.5, 5, 34

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 275, 276

02110***Erste Transfusion****212****22,94****Obligater Leistungsinhalt**

- Transfusion der ersten Blutkonserve und/oder
- Transfusion der ersten Blutpräparation und/oder
- Transfusion von Frischblut

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

Anmerkung Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02110 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 34291

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 280

Kommentar:

Die erforderliche Kreuzprobe ist für jede einzelne Blutkonserve o.ä. nach Nr. 32531 abzurechnen. Die Konserven können über Rezept zu Lasten des Patienten bezogen werden oder es werden die Kosten auf dem Behandlungsschein aufgeführt.

02111***Jede weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110****85****9,20****Obligater Leistungsinhalt**

- Weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110,

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test),

Abrechnungsbestimmung je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut)

Anmerkung Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02111 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 34291

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 282

Kommentar:

Die Leistung bezieht sich auf die zeitlich fortlaufenden Transfusion : eine erste Transfusion (nach Nr. 02110) und unmittelbar danach über liegendes System eine oder mehrere weitere Transfusionen. Bei längerem Zeitraum zwischen den Transfusionen (z.B. morgens und dann abends) und dem Legen eines **neuen** Zuganges kann die Nr. 2110 erneut berechnet werden. Auf dem Behandlungsschein sollten – um Nachfragen zu vermeiden – die verschiedenen Uhrzeiten aufgeführt werden.

02112***Reinfusion****67****7,25****Obligater Leistungsinhalt**

- Mindestens 200 ml Eigenblut oder Eigenplasma,
- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 34291

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 286, 286a

Tipp:

Prüfen Sie in der Präambel zum Kapitel Ihrer Fachgruppe, ob diese Leistung, die auch im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen) aufgelistet ist, von Ihrer Fachgruppe gesondert abgerechnet werden kann.

Finden Sie diese Leistung **nicht** in einem der Präambel-Absätze als abrechenbar aufgeführt, ist sie nicht berechnungsfähig. Die Leistung ist in der Regel dann bei Ihrer Fachgruppe

Bestandteil der Versicherten- oder Grundpauschale und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

02120* Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika **117**
12,66

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 30750
im Behandlungsfall 34291

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 12
entsprechend oder ähnlich: Nr. 784

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

2.2 Tuberkulintestung

02200 Tuberkulintestung **9**
0,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux oder
- Intrakutaner TINE-Test oder
- Testung
 - kutan nach von Pirquet
- oder
 - perkutan nach Moro
- oder
 - mittels Pflaster (Hamburger-Test),

Abrechnungsbestimmung je Test

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 1 **Prüfzeit:** ./.
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 383, 384

Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung

Kommentar: Entsprechende Testsubstanzen können auf Rezept zu Lasten des Patienten oder eventuell über Sprechstundenbedarf verordnet werden.

Sind mehrere der in der Legende aufgeführten Tests medizinisch erforderlich, so können diese auch abgerechnet werden.

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärem Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V gilt nicht für Leistungen dieses Abschnitts, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V genannt sind.

2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus.

3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

4. Die Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävus-syndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 bis 02328 setzt die metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie voraus. Sofern die Therapie nicht abgeschlossen werden kann, ist die Fotodokumentation zu Beginn der Therapie ausreichend.

Kommentar:

Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist für die Leistungen dieses Abschnitts nicht anwendbar. Inhalt dieser Vereinbarung ist die Qualitätssicherung für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien. Sie regelt insbesondere die erforderliche fachliche

Befähigung sowie die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen. Diese Vereinbarung ist übrigens, wie alle Regelungen der Bundesebene (Bundesmantelverträge, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses u.ä.) im Internet einsehbar unter <http://daris.kbv.de>.

Die hier genannten Eingriffe der sog. „Kleinen Chirurgie“ setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus. Eventuell erforderliche Lokal- und Leitungsanästhesien sind Bestandteil der Leistungen und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

In den Kapiteln des Fachärztlichen Versorgungsbereiches finden sich bei einzelnen Fachgruppen auch Leistungen der „Kleinen Chirurgie“. Dies ist auch der Grund dafür, dass die Liste der Leistungsausschlüsse für die EBM Nrn. 02300 und 02301 so ausgedehnt ist.

Wenn z. B. ein Allgemeinarzt oder ein Internist eine Wundversorgung am Auge vornimmt, so kann er diese Leistung nur nach den Nrn. 02300 oder 02301 abrechnen, da die Leistungen nach den Nrn. 06350 bis 06352 entsprechend Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 6 nur von Fachärzten für Augenheilkunde berechnet werden dürfen.

02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation

57
6,17

Obligatorer Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung und/oder
- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02300 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02300 entsprechend.

Abrechnungsausschluss

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 04521, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13435, 13545, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30601, 30610, 30611 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 18.3, 30.5, 31.5.3, 34.5 und 36.5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4

Prüfzeit: 3

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, aber ggf. Wundversorgung nach Nrn. 2000 – 2006

Kommentar: Nach **W. Goldmann** (Buch Praxisabrechnung Kompakt S.46) können die Ziffern 02300 bis 02302 in der Regel nur 1x am Behandlungstag und nicht nebeneinander berechnet werden. Außer bei zwei Diagnosen z.B. bei mehreren Wunden und Muttermalen ist dies möglich.

02301**Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht****129****13,96****Obligator Leistungsinhalt**

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder
- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder
- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder
- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder
- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder
- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder
- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02301 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02301 entsprechend.

Abrechnungsausschluss

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 04521, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31830, 31831, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36828, 36830, 36831 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 7**Prüfzeit:** 6**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, aber ggf. Wundversorgung nach Nrn. 2000 – 2006.

Kommentar: Unter diese Nr. fallen sowohl die primäre Wundversorgung mit einfachen Materialien bei Säuglingen und Kindern als auch die Wundversorgung mittels Naht oder Kleber.

Nach **W. Goldmann** (Buch Praxisabrechnung Kompakt S.46) können die Ziffern 02300 bis 02302 in der Regel nur 1x am Behandlungstag und nicht nebeneinander berechnet werden. Außer bei zwei Diagnosen z.B. bei mehreren Wunden und Muttermalen ist dies möglich.

02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

239
25,87

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder
- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder
- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder
- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle und/oder
- Emmert-Plastik und/oder
- Venae sectio,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02302 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02302 entsprechend.

Abrechnungsausschluss

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 04521, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13435, 13545, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30601, 30610, 30611 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 18.3, 30.5, 31.5.3, 34.5 und 36.5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Nach **Wezel/Liebold** soll ein Wundverschluss mittels Hautkleber auch nach Nr. 02302 abgerechnet können. Wir halten den Ansatz der Nr. 02301 für sinnvoller, weil hier in der Legende im Gegensatz zur Nr. 02302 auch direkt von „Gewebekleber“ gesprochen wird. Nach **W. Goldmann** (Buch Praxisabrechnung Kompakt S.46) können die Ziffern 02300 bis 02302 in der Regel nur 1x am Behandlungstag und nicht nebeneinander berechnet werden. Außer bei zwei Diagnosen z.B. bei mehreren Wunden und Muttermalen ist dies möglich.

02310

Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitus (-ulcera)

205
22,19

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02310 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02312, 02313, 02350, 15323

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4

im Behandlungsfall 02300, 02301, 02302, 02311, 02340, 02341, 02360, 07340, 10330, 10340, 10341, 10342, 18340, 34291

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 2006

Kommentar:

Die drei Arzt-Patienten-Kontakte müssen in demselben Abrechnungsquartal liegen. Eine Abrechnung ist nicht möglich, wenn z. B. zwei Kontakte im Juni und der 3. Kontakt im neuen Quartal im Juli liegt. Unabhängig von der Anzahl der behandelten Wunden oder Ulcera kann die Leistung nur einmal im Quartal abgerechnet werden.

02311

Behandlung des diabetischen Fußes

140
15,15

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß,
- Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verband,

Abrechnungsbestimmung je Bein, je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02311 kann nur dann berechnet werden, wenn der Vertragsarzt – im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung – je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02313, 02350, 02360, 10340, 10341, 10342, 30500, 30501

im Behandlungsfall 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311, 18340

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 2006

Kommentar: Anders als beim Dekubitalulcus, bei dem die Behandlung nur einmal im Behandlungsfall = Quartalsfall abgerechnet werden kann, kann beim Diabetischen Fuß jede Behandlung/Sitzung – und dies auch je Bein – abgerechnet werden. Zur Abrechnung ist eine Genehmigung der KV erforderlich.

02312

Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris

55
5,95

Obligatorer Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden,
- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,
- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Thromboseprophylaxe,
- Teilbäder,

Abrechnungsbestimmung je Bein, je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.224 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02310, 02350, 02360, 07340, 10330, 18340

im Behandlungsfall 02300, 02301, 02302, 02311, 07310, 07311, 10340, 10341, 10342, 18310, 18311

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 2006

Kommentar: Werden z.B. an einem Bein mehrere Ulcera behandelt, so kann Nr. 02312 nur 1x abgerechnet werden. Müssen an beiden Beinen Ulcera behandelt werden, kann die Nr. 02312 auch 2x abgerechnet werden. Zur Abrechnung ist eine Fotodokumentation (analog oder digital) vorgeschrieben!

Die Teilung der Höchstpunktzahl (s. Allgemeine Bestimmungen zur Leistung) pro Quartal von 12.000 Punkten durch die Punktzahl 155 der einzelnen Leistung nach 02312 ergibt, dass die Leistung im Quartal maximal 77x erbracht werden darf.

Siehe auch Kommentar zur EBM Nr. 02313.

02313

Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem

57
6,17

Obligator Leistungsinhalt

- Kompressionstherapie,
- Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen,

Abrechnungsbestimmung je Bein, je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02310, 02311, 02350, 07340, 10330, 18340, 30501

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Ärzte Zeitung informiert: ... „Die GOP 02312 ist auf die Behandlung eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris beschränkt und beinhaltet den entstauenden phlebologischen Funktionsverband. Die alleinige Diagnose „Thrombose“ schließt die Berechnung dieser GOP aus.

Die Berechnung der GOP 02350 ist nur für den fixierenden Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien möglich.

Somit bleibt die GOP 02313 als Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem berechnungsfähig. Beachten Sie jedoch, dass die Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung und danach alle vier Wochen gefordert ist ...“

Nach Nr. 30401 ist eine intermittierende apparative Kompressionstherapie abzurechnen. Auch das **tägliche** Anlegen eines speziellen Kompressionsstrumpfs führt zur Berechtigung der Abrechenbarkeit der EBM Nr. 02314.

02320* Einführung einer Magenverweilsonde**44**
4,76**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 04513, 04521, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 13412, 13420, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 670

Kommentar: Wird die Verweilsonde aus diagnostischen Gründen sowie im Rahmen einer Anästhesie oder Narkose gelegt, kann dies nicht nach Nr. 02330 berechnet werden.

02321 Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters**126**
13,64**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 02300, 02301, 02302, 02322, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 10341, 10342, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1795

Kommentar: Nach unterschiedliche Regelungen in den einzelnen KV-Bezirken kann der Katheter per Rezept auf den Namen des/der Patient(en) in verordnet werden oder über Sprechstundenbedarf. Katheter-Wechsel oder -Entfernung können nach Nr. 02322 berechnet werden.

02322 Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters 51 5,52

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 02300, 02301, 02302, 02321, 02323, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 10341, 10342, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. A 1833

Kommentar: Der suprapubische Katheter wird mit der Symbolnummer 90979 abgerechnet. Er kann nicht über Sprechstundenbedarf bestellt werden, sondern wird in der Apotheke gekauft und über das Ansetzen der Symbolnummer berechnet.

02323 Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters 69 7,47

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01913, 02300, 02322, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828 und Kapitel 36.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1728, 1730 + Nr. 1732

Kommentar: Die Entfernung eines transurethralen Katheters ist Bestandteil einer Versicherten- oder Grundpauschale und gesondert berechnungsfähig.

02325 Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen im Gesicht und/oder am Hals 88 9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer 5 Minuten

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind am Behandlungstag jeweils einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht /am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht berechnungsfähig bei einer Epilation mittels hochenergetischen Blitzlampen (IPL-Technologie). Lokalanästhesien und Verbände sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 und 10340 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 02360

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

02326 Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen an einer Hand und/oder den Händen 88 9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer 5 Minuten

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind am Behandlungstag jeweils einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht /am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht berechnungsfähig bei einer Epilation mittels hochenergetischen Blitzlampen (IPL-Technologie). Lokalanästhesien und Verbände sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 und 10340 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 02360

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 3**Prüfzeit:** 2**Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

02327 Fortsetzung der Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen, Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02325 70 7,58

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 5 Minuten

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02327 und 02328 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht /am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 1**Prüfzeit:** 0**Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

02328 Fortsetzung der Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen, Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02326 70 7,58

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 5 Minuten

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02327 und 02328 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht /am Hals berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 1

Prüfzeit: 0

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

02330*

Blutentnahme durch Arterienpunktion

55

Abrechnungsausschluss

5,95

im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02331, 02340, 02341, 04530, 04536, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 13311, 13650, 13661, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290, 34291, 34292, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36881, 36882

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 3

Prüfzeit: 2

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 251

02331*

Intraarterielle Injektion

74

8,01

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02330, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 10340, 10341, 10342, 13311, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290, 34291, 34292, 34502, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36882

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5

Prüfzeit: 3

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 254

02340

Punktion I

46

4,98

Obligator Leistungsinhalt

• Punktion der/des

– Lymphknoten

und/oder

– Schleimbeutel

und/oder

– Ganglien

und/oder

– Serome

und/oder

– Hygrome

und/oder

– Hämatome

und/oder

– Wasserbrüche (Hydrocelen)

und/oder

– Ascites

und/oder

– Harnblase

und/oder

– Pleura-/Lunge

und/oder

– Schilddrüse

und/oder

– Prostata

und/oder

– Speicheldrüse

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4

im Behandlungsfall 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01781, 01782, 01787, 02300, 02301, 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315, 09316, 09317, 10340, 10341, 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 26341, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31830, 31831, 34235, 34236, 34500, 34501, 34502, 34503, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 303, 306, 307, 308, 318, 319

Die Punktion einer Schrittmachertasche ist nach Nr. 02340 zu berechnen. Mehrfache Punktionen eines Organs nach Nr. 02340 oder 02341 sind nur abrechenbar, wenn es sich um 2 unterschiedliche Punktionsarten z.B. Stanzbiopsie und Feinnadelbiopsie handelt. Ist eine Punktion unter Sonographie erforderlich sind zusätzlich die entsprechenden Sonographieleistungen nach den EBM-Nrn. 33012 ff. sowie ggf. die Zuschläge für optische Führungshilfen nach den Nrn. 33091 (zu den Nrn. 33012, 33040, 33041, 33081) oder 33092 (zu den Nrn. 33042, 33043) abrechenbar.

Auf einen Blick: Punktionen nach den Nrn. 02340 und 02341 von A-Z

Punktion von	EBM-Nr.
Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum	02341
Ascites	02340
Ascites (Entlastungspunktion)	02341
Ganglien	02340
Gelenke	02341
Hämatome	02340
Harnblase	02340
Hoden	02341
Hydrocelen	02340
Hygrome	02340
Knochenmark	02341
Leber	02341
Lymphknoten	02340
Mammae	02341
Nieren	02341
Pankreas	02341
Pleura-/Lunge	02340
Prostata	02340
Schilddrüse	02340
Schleimbeutel	02340
Serome	02340

02341**Punktion II****117**
12,66**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Punktion der/des
 - Mammae
- und/oder
 - Knochenmarks
- und/oder
 - Leber
- und/oder
 - Nieren
- und/oder
 - Pankreas
- und/oder
 - Gelenke
- und/oder
 - Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum
- und/oder
 - Hodens
- und/oder
 - Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit
- und/oder
 - Milz

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 34291

in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01781, 01782, 01787, 02300, 02301, 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315, 09316, 09317, 10340, 10341, 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31830, 31831, 34235, 34236, 34500, 34501, 34502, 34503, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831

Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 300, 301, 302, 311, 314, 315, 317

GOÄ**Kommentar:**

Mehrfache Punktionen eines Organs nach Nr. 02340 oder 02341 sind nur abrechenbar, wenn es sich um 2 unterschiedliche Punktionsarten z.B. Stanzbiopsie und Feinnadelbiopsie handelt. Ist eine optische Führungshilfe unter Sonographie erforderlich sind zusätzlich die entsprechenden Sonographieleistungen nach den EBM-Nrn. 33012 ff. sowie ggf. die Zuschläge für optische Führungshilfen nach den Nrn. 33091 (zu den Nrn. 33012, 33040, 33041, 33081) oder 33092 (zu den Nrn. 33042, 33043) abrechenbar. Siehe auch Tabelle in Kommentar zu Nr. 02340.

02342***Lumbalpunktion****393**
42,53**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Abklärung einer Hirn- oder Rückenmarkserkrankung mittels Lumbalpunktion,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie,
- Messung des Liquordrucks

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02342 kann nur von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01856, 01913, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 10340, 10341, 10342, 34223, 34502, 34503, 36820, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831 und Kapitel 5.3, 5.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 305**02343*****Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder nichtoperative Pleuradrainage****256****27,17****Obligater Leistungsinhalt**

- Entlastungspunktion des Pleuraraums und Gewinnung von mindestens 250 ml Ergußflüssigkeit

und/oder

- Nichtoperative Anlage einer Pleuradrainage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 05330, 05331, 09315, 09316, 10340, 10341, 10342, 13662, 13663, 13670, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 34502, 34503, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 307**02350****Fixierender Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien****106****11,47****Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313, 10340, 10341, 10342, 27332

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31600, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340, 34291

Die Gebührenordnungsposition 02350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31600 und 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 204, 207 (Tape- aber kein Zinkleimverband), 208, 214, 227, 230 ff.**Kommentar:**

Nach dieser Nr. kann auch die Wiederanlage eines Gipsverbandes – mit Einschluss mind. eines großen Gelenkes – berechnet werden. Zinkleimverbände – da nicht fixierend- können nicht nach dieser Nr. berechnet werden.

02360**Behandlung mit Lokalanästhetika****94****10,17****Obligater Leistungsinhalt**

- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Anwendung von Lokalanästhetika
 - zur Behandlung funktioneller Störungen
- und/oder
 - zur Schmerzbehandlung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 34291

in derselben Sitzung 01832, 02300, 02301, 02302, 02311, 02312, 06350, 06351, 06352, 09315, 09316, 09317, 09351, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 26350, 26351, 26352, 34503

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4

Die Gebührenordnungsposition 02360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 483 bis 494

Kommentar:

Mit dieser Leistungsziffer kann auch die Neuraltherapie – einmal im Behandlungsfall = Quartalsfall – berechnet werden.

Diese Ziffer ist von Ärzten für Allgemeinmedizin nicht abrechenbar.

2.4 Diagnostische Verfahren, Tests**02400*** Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests ohne Analyse nach der Gebührenordnungsposition 32315**23**
2,49

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02400 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulcuserkrankung.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04511, 13400, 32706

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 1 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. A 619*

Kommentar:

Nach der Leistungsbeschreibung ist hier nur die Durchführung des Testes ohne entsprechende Analyse nach Nr. 32315 abzurechnen. Die Analyse wird nach EBM-Nr 32315 berechnet.

02401* H2-Atemtest, einschl. Kosten**108**
11,69**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Mehrere Probenentnahmen,
- Mehrere Messungen der H2-Konzentration,
- Zeitbezogene Dokumentation der Messergebnisse

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01741, 04514, 13421

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. A 618*

Kommentar:

Werden mit verschiedenen Kohlehydraten mehrere Atemtests durchgeführt, so kann EBM Nr. 02401 entsprechend der Testsubstanzen mehrmals berechnet werden.

Die Kosten der Testsubstanz sind nicht extra berechnungsfähig, da diese mit der Gebühr abgegolten sind.

2.5 Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen

1. In den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der Arzneimittel und wirksamen Substanzen, die für Inhalationen, für die Thermotherapie, für die Iontophorese sowie für die Photochemotherapie erforderlich sind.

Kommentar:

Zu den nach dieser Bestimmung nicht in den Leistungsbewertungen enthaltenen Kosten gehören z. B. die bei der Inhalationsbehandlung benutzten Arzneimittel, aber auch die Kosten für wirksame Substanzen

in der Thermotherapie wie Moor, Fango usw. Die hierbei verwendeten Arzneimittel sind in der Regel auf den Namen des Patienten zu verordnen, die Kosten der Substanzen für die Thermotherapie können in der Regel gesondert auf dem Behandlungsausweis geltend gemacht werden. Es ist aber in jedem Fall bei der zuständigen KV zu erfragen, ob im Rahmen der Sprechstundenbedarfsregelungen oder sonstiger Abmachungen mit den Kostenträgern abweichende Berechnungsmöglichkeiten vorgesehen sind.

02500 Einzelinhalationstherapie 14 1,52

Obligator Leistungsinhalt

- Intermittierende Überdruckbeatmung und/oder
- Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z.B. Ultraschallvernebelung),

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02501

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 501*

02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe 44 4,76

Obligator Leistungsinhalt

- Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02500

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 500*

Kommentar: Entsprechende Materialkosten für die zur Inhalation erforderlichen Medikamente können auf Rezept oder eventuell über Sprechstundenbedarf verordnet oder in Rechnung gestellt werden.

02510 Wärmetherapie 19 2,06

Obligator Leistungsinhalt

- Mittels Packungen mit Paraffinen und/oder
- Mittels Peloiden und/oder
- Mittels Heißluft und/oder
- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle und/oder
- Mittels Mikrowelle und/oder
- Mittels Hochfrequenzstrom und/oder
- Mittels Infrarotbestrahlung und/oder
- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt pro cm²,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 530*, 535*, 536*, 538*, 539*, 548*, 549*, 551*

02511 Elektrophysiotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme 11 1,19

Obligator Leistungsinhalt

- Galvanisation und/oder

- Reizstrom
und/oder
- Neofaradischer Schwellstrom
und/oder
- Iontophorese
und/oder
- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie
und/oder
- Schwellstromtherapie
und/oder
- Interferenzstromtherapie,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 07310, 07311, 16232, 18310, 18311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 551*, 552*

Kommentar: Im Behandlungsfall = Quartalsfall kann die Leistung insgesamt 8x berechnet werden – unabhängig von der Zahl der behandelten Erkrankungen (Diagnosen). Für eine neue Erkrankung (zweite Diagnose) ist die Leistung nicht erneut 8x berechenbar. Die für eine Iontophorese ggf. erforderlichen Medikamente können zu Lasten des Patienten verordnet oder über Sprechstundenbedarf bezogen werden.

02512 Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen

19
2,06

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektrostimulation,
- Festlegung der Reizparameter,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 555*

02520* Phototherapie eines Neugeborenen,

99
10,71

Abrechnungsbestimmung je Tag

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 566*

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

Kommentar:

Die Auflistung im Anhang 3 wurde gegenüber der bisherigen Fassung um eine Spalte ergänzt, in der zu den jeweiligen Gebührenordnungspositionen eine Kurzlegende angegeben wird.

3.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können – unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – ausschließlich von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,

berechnet werden.

Sofern sich Regelungen im Kapitel 3 auf die Anzahl der Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 in einer Praxis beziehen, ist für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht mehr berechnen.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01439, 01450, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01704, 01707, 01711 bis 01723, 01730 bis 01732, 01734, 01735, 01740, 01745, 01746, 01747, 01748, 01758, 01776, 01777, 01812, 01816, 01820 bis 01822, 01828, 01840, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 02520.

4. Die Gebührenordnungspositionen 01730, 01735, 01816, 01821, 01822, 01828, 01840 und 01915, sind von den unter Nr. 1 genannten Vertragsärzten berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30800, 30900, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7, IV-30.10, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.1, IV-31.4.2, IV-32.1, IV-32.2, IV-36.6.2, Kap. 37 und Kap. 38 sowie Gebührenordnungspositionen des Kapitels IV-35.

6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Absätzen 3, 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

7. Werden die in den Versichertenpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist für die Erbringung der Leistung die Kostenpauschale nach der Nr. 40154 berechnungsfähig.

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

8. Abweichend von 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen erfolgt in fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärztinnen gemäß Nr. 1 dieser Präambel ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030.

9. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 10 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 werden nicht vergütet.

10. Relevant für die Fallzählung

- der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03230,
- gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 3.2.1.2,
- der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060

sind alle Behandlungsfälle im Quartal gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV), ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur die o. g. Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der GOP 03230 werden nicht vergütet.

11. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nr. 1 der Präambel 3.2.1.2 sowie zur Bemessung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Als Behandlungsfall werden ausschließlich selektivvertraglich eingeschriebene und/oder an der knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmende Versicherte mit tatsächlicher Inanspruchnahme von Leistungen eines Selektivvertrags gemäß § 73b SGB V / der knappschaftsärztlichen Versorgung gemäß Satz 1 Nr. 11 der Präambel 3.1 im jeweiligen Quartal gezählt. Dabei sind die selektivvertraglichen Behandlungsfälle von Versicherten zu zählen, bei denen im jeweiligen Quartal keine kollektivvertraglichen Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nrn. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Praxis zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Sofern bei diesen selektivvertraglichen Behandlungsfällen zusätzlich einzelne Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs erbracht werden, die nicht Bestandteil des Selektivvertrages gemäß § 73b SGB V / des Vertrages zur knappschaftsärztlichen Versorgung sind und somit grundsätzlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung berechnet werden, sind diese nicht als kollektivvertragliche Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 mitzuzählen.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 – das sind die Nrn. 03110 bis 03335 – können grundsätzlich (s. Kommyentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von folgenden Ärzten abgerechnet werden:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktische Ärzte
- Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
- Internisten ohne Schwerpunkt, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gegenüber dem Zulassungsausschuss erklärt haben.

Spielt die Anzahl der Ärzte in einer Regelung eine Rolle, ist den geänderten Teilnahmemöglichkeiten an der vertragsärztlichen Versorgung dadurch Rechnung getragen worden, dass sich die Bestimmung der Anzahl nicht „stur“ an der Zahl der Personen orientiert, sondern der Umfang der Tätigkeit zu berücksichtigen ist.

Kinderärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, berechnen ihre Leistungen nach III Kapitel 4 und den EBM Nrn. 04110 bis 04580.

Hat ein Arzt der oben genannten Gruppen (bis auf Internisten ohne Schwerpunkt) allerdings eine Genehmigung des Zulassungsausschusses zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung, so kann er Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht abrechnen. Für ihn gelten die entsprechenden Abschnitte aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nr. 01611 Verordnung von med. Reha
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentsplan
 - Nr. 01704 Neugeborenen-Hörscreening
 - Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Nrn. 01711 bis 01723 Neugeborenen-Untersuchungen Jugendgesundheitsuntersuchung, Besuch zur Früherkennung, Sonographie Säuglingshüfte,
 - Nrn. 01730 bis 01732 Früherkennung Krebskrankheiten Erwachsener,
 - Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
 - Nr. 01735 Beratung zur Früherkennung nach der Chroniker-Richtlinie
 - Nr. 01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
 - Nrn. 01745, 01746 Hautkrebsfrüherkennung
 - Nr. 01758 Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz,
 - Nr. 01776 bis 01777 Gestationsdiabetesscreening
 - Nr. 01812 Gestationsdiabetesscreening
 - Nr. 01816 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01820 bis 01822 Empfängnisregelung,
 - Nr. 01828 Entnahme von Venenblut
 - Nrn. 01840, 01842, 01843 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01915 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Dämmorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
 - Nr. 02310 bis 02313 Diabetischer Fuß, venöse Ulcera, Kompressionstherapie
 - Nrn. 02500, 02501 Einzelinhalationen,
 - Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation und
 - Nr. 02520 Phototherapie eines Neugeborenen

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

- Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
- Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
- Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
- Nr. 30430 Selektive Phototherapie,
- Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Nr. 30900 Kardiorespiratorische Polygraphie
- Nr. 31912 Einrichtung von Fraktur / Luxationen des Ellenbogen- / Kniegelenks
- Nrn. 33000 bis 33002 – 33010 bis 33012 – 33040 bis 33044 – 33050 bis 33052 – 33060 bis 33062 – 33076 – 33080 – 33081 – 33090 bis 33092 Sonographische Leistungen,
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts V (Kostenpauschalen):
 - Nrn. 40870, 40872 Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.6 Proktologie
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.10 spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen
 - 31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich
 - 32.1 Labor-Grundleistungen
 - 32.2 Allgemeine Laboruntersuchungen,
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels
 - 35 Psychotherapie

Hat einer der oben genannten Ärzte eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachgewiesen, kann er ferner aus dem Bereich des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen) die Gebührenordnungspositionen 01730, 01735, 01816 bis 01818, 01821, 01822, 01828, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917 und 01918 (Krebsfrüherkennung Frauen, Beratung und Blutentnahme bei Empfängnisregelung, Clamydienscreening) abrechnen, wenn er sie bereits vor dem 31.12.2002 erbracht und abgerechnet hatte.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Versichertenpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden. Ähnliches gilt für den 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400). Hier ist für den Bezug des 13C-Harnstoffs die Kostenpauschale nach Nr. 40154 berechnungsfähig.

Für die zum 1.10.2013 im Zuge der Neuordnung eines Hausarzt-EBMs neu eingeführten hausärztlichen Versichertenpauschalen wurden Zuschlagsregelungen für fachgleiche Kooperationen eingeführt sowie ein Punktzahlvolumen für die Leistung nach Nr. 03230 (Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung).

Kommt es auf eine Fallzahl an, so sind in der Nr. 11 dezierte Vorgaben gemacht worden, wie mit Fällen der selektivvertraglichen bzw. der knappschaftlichen Versorgung umzugehen ist.

Struktur des hausärztlichen Versorgungsbereiches ab 1.10. 2013

Das **Regelleistungsvolumen** (RLV) ermittelt sich ab Okt 2013 neu aus:

- Versichertenpauschale, hausärztlicher Zusatzpauschale, Gesprächsleistung
- Chronikerpauschale 1 und 2
- Geriatrischem Basisassessment

Zusätzlich werden folgende **Freie Leistungen** vergütet:

- Geriatrischer Betreuungskomplex
- Sozialpädiatrie
- Palliativmedizin

3.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung**3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung****3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschale****3 Hausärztlicher Versorgungsbereich**

EBM-Nr.

EBM-Punkte / Euro

03000**Versichertenpauschale****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt. Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt ist anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03010 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 03010, 03030

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, daher einzelne erbrachte Leistungen ansetzen.

Kommentar: Der Arzt setzt die Versichertenpauschale nach 03000 an. Die zuständige KV (oder das Praxisverwaltungssystem) setzt die entsprechend dem Alter vorgesehene Leistung und Punktzahl an.

Es werden folgende Pseudoziffern (auch in EBM-Kommentaren) verwendet, wegen der besseren Übersicht haben wir die Pseudoziffern übernommen:

03001	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 23 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	25,54

03002	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 14 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	16,23

03003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 11 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	13,20

03004	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 13 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	16,99

03005	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	22,73

03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt	77
		8,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412, 01415 oder 01418.

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Versichertenpauschale nach der Nr. 03030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412, 01415 oder 01418 so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 01436, 30702
im Behandlungsfall 01600, 01601, 03000, 03010

Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, daher einzelne erbrachte Leistungen ansetzen.

Kommentar: Die Nr. 03030 wird für Behandlungen außerhalb des organisierten Notdienstes zu den in der Legende angegebenen Zeiten abgerechnet. Wird in der Praxis behandelt, können zusätzlich die Nrn. 01100 oder 01101 angesetzt werden.

3.2.1.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nicht-ärztlichen Praxisassistenten gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde. Weitere Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 ist die Erfüllung einer der folgenden Bedingungen:

- Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 je Quartal versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist
 - die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

und

- je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 700 Behandlungsfällen

und

- bei einer Anzahl größer 1 mit 521 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

oder

- Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 je Quartal, die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben, versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist
 - die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

und

- je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 120 und bei einer Anzahl größer 1 mit 80 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

Sofern bei einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 kein voller Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid vorliegt, ist die Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 entsprechend dem Tätigkeitsumfang anteilig zu ermitteln. **Neu oder kürzer als 18 Monate zugelassene Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 werden in den auf die Zulassung folgenden sechs Quartalen mit einem Tätigkeitsumfang von null berücksichtigt.**

Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit dem angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistenten ist gemäß § 8 Abs. 5 der Anlage 8 zum BMV-Ä der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 durch Ärzte, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist der Nachweis aller selektivvertraglichen/knappschaftsärztlichen Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 im Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88194.

3. Erstmals zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung geprüft, ob die Kriterien der Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 weiterhin erfüllt sind. Anschließend daran erfolgt eine jährliche Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

4. Die Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung

- der berufsrechtlichen Bestimmungen,
- der Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 BMV-Ä und
- der Voraussetzungen dieser Präambel

berechnet werden, sofern die in diesen Gebührenordnungspositionen erbrachten Leistungen von entsprechend qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten erbracht werden.

5. Die Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 können vom delegierenden Vertragsarzt nur unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nicht-ärztlichen Praxisassistenten in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nicht-ärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

6. Neben den Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 können nur die folgenden Leistungen berechnet werden: Leistungen des Abschnitts 32.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 03064, 03065, 03322 und 31600.

7. Die Gebührenordnungspositionen 03062 bis 03065 können nur in Fällen berechnet werden, in denen eine Versichertenpauschale berechnet wurde.

Kommentar:

Die Möglichkeit der Berechnung von Leistungen nicht-ärztlicher Praxisassistenten im Rahmen des EBM als „ärztlich delegierte Leistungen“. Ist an eine Reihe von zum Teil kompliziert zu ermittelnde Voraussetzungen geknüpft. Sowohl Anstellung als auch Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen nicht-ärztlicher Praxisassistenten sind der KV anzuzeigen.

An erster Stelle steht eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung, die an bestimmte Mindestvoraussetzungen hinsichtlich von Fallzahlen geknüpft ist. Nehmen Ärzte an selektivvertraglicher oder knappschaftlicher Versorgung teil, sieht Nr. 11 der Präambel 3.1 einen komplizierten Anrechnungs- bzw. Ausschließungsmechanismus vor, der letztlich nur von den Kassenärztlichen Vereinigungen nachvollzogen werden kann. Hierfür ist allerdings erforderlich, dass diesen die entsprechenden Fälle auch übermittelt werden. Das soll mit Hilfe der Nr. 88194 erfolgen. Eine Überprüfungsmöglichkeit hat die KV allerdings nicht, da ihr keine oder nur rudimentäre Informationen über das selektivvertragliche Geschehen vorliegen.

Eine Überprüfung der Genehmigungskriterien durch die KV ist erstmals zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung, daran anschließend jährlich vorgesehen. Das kann aber nicht bedeuten, dass eine Genehmigung, bei der auch vor Ablauf dieses Zeitraumes der Wegfall der Voraussetzungen bekannt wird, aufrechterhalten werden darf, bis der reguläre Prüfungszeitraum ansteht. Ist bekannt – aus welchen Gründen auch immer – dass die Voraussetzungen für die Genehmigung nicht (mehr) vorliegen, ist diese zu entziehen.

Im Übrigen gelten neben den speziellen Voraussetzungen der Anlage 8 zum BMV-Ä und der Präambel die üblichen bei der Heranziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiter geltenden berufs- und vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Überwachung, Erreichbarkeit und Dokumentation.

Neben der Leistungen nach den Nrn. 03062 und 03063, die nur berechnet werden können, wenn auch eine Versichertenpauschale abgerechnet wurde, können nur noch Allgemeiner Laboruntersuchungen (Abschnitt 32.2), die postoperative Behandlung durch den Hausarzt (Nr. 31600) und die Aufzeichnung des Langzeit-EKG (Nr. 03322) abgerechnet werden.

Hinweis:**Hausärztliche Zusatzpauschale EBM Nr. 03040**

Wird von der KV zur Versichertenpauschale nach GOP 03000/ 04000, nach 03010/04010 im Vertretungsfall und nach 03030/04030 automatisch zugesetzt bei allen Patienten, bei denen keine der folgenden „hausarztuntypischen“ Leistungen abgerechnet werden:

- Schmerztherapie (Abschnitte 30.7.1 und 30.7.2 EBM)
- Akupunktur (Abschnitt 30.7.3 EBM)
- Psychotherapie (Abschnitte 35.1 und 35.2 EBM), außer Psychosomatik
- Phlebologie (Abschnitt 30.5 EBM)
- Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9 EBM)
- „Onkologie-Vereinbarung“ (Symbol-Nr. 86510 ff.)
- Fachärztliche Leistungen („KO-Katalog“)
- Transcodierungsliste der K.O.-Leistungen gemäß § 6 Anlage 5 BMV-Ä

Zu beachten

- Im Vertretungsfall mit 03010/04010 und Verbindung mit der 03030/04030 bei einmaligem Ansatz erfolgt ein Abschlag von 50 Prozent
- Aufschlag für Praxen mit mehr als 1.200 Patienten je Arzt von 14 Punkten
- Abschlag für Praxen mit weniger als 400 Patienten je Arzt mit 14 Punkten
- Für diabetologische Schwerpunktpraxen und HIV-Schwerpunktpraxen 50 Prozent der Pauschale, wenn sie bei Überweisung durch einen Hausarzt die GOP 03010 abrechnen
(Quelle: KV Nordrhein – <https://www.kvno.de/downloads/honorar/EBM-Booklet.pdf>)

03040

Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V

**144
15,58**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 03040 und der Gebührenordnungsposition 03030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition 03030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 03040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen.

Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 03000 notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1) ist ein Abschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen.

Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Die Gebührenordnungsposition 03040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 34270, 34271, 34273, 34275

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./.**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**Kommentar:**

Die Ärzte Zeitung informiert zu dieser EBM Nr. (http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/852353/ebm-ziffer-03040-fallzahl-entscheidet-zuschlag.html)

Fallzahl entscheidet über Zuschlag: Je nach Fallzahl werden bei Ansatz der Vorhaltepauuschale (EBM-Nr. 03040/04040) Zu- oder Abschläge gezahlt: Bei mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gibt es einen Zuschlag von 10 Prozent und einen Abschlag von 10 Prozent bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt.

Bei Kooperationen ist die Berechnung relativ kompliziert: Für den Zu- oder Abschlag berechnet sich die Behandlungsfallzahl je Arzt, indem man die Gesamtbehandlungsfallzahl der Praxis durch die Anzahl der Zulassungen teilt; dabei spielt es keine Rolle, wer wie viele Fälle behandelt.

Dieses Ergebnis entscheidet über Zu- oder Abschlag. Im zweiten Schritt werden dann die Behandlungsfälle von der Gesamtbehandlungsfallzahl abgezogen, für die aufgrund spezieller Leistungen die Pauschale nicht vergütet wird. Auch wenn dadurch die Behandlungsfallzahlen je Arzt unter 1200 oder unter 400 Fälle rutscht, hat dies keine Auswirkung auf Zu- oder Abschlag.

Ein Beispiel: In einer Zweier-BAG mit zwei vollen Sitzen liegt die Gesamtfallzahl bei 2450. Damit kommen 1225 Behandlungsfälle auf jeden Arzt, es wird ein Zuschlag von 10 Prozent gezahlt.

Angenommen, durch Spezialbehandlungen, etwa Akupunktur, wird die Nr. 03040/ 04040 für 150 Fälle nicht gezahlt. Dennoch bleibt es bei dem Zuschlag von 10 Prozent – allerdings wird dieser dann nur auf 1150 Behandlungsfälle gewährt, nicht auf alle Behandlungsfälle...

Ausgeschlossen sind neben der EBM Nr. 03040:

- Behandlung von Patienten nach der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV)
- Phlebologie (EBM-Abschnitt 30.5)
- Schmerztherapie (EBM-Abschnitt 30.7, z.B. Akupunktur)
- Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9)
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (Gebührenordnungspositionen 35 111 bis 35 113)
- Hypnose (Gebührenordnungsposition 35 120)
- Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeit- und zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie (Gebührenordnungspositionen 35 130/35 131)
- biographische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (Gebührenordnungspositionen 35 140 bis 35 142)
- probatorische Sitzung (Gebührenordnungsposition 35 150)
- antragspflichtige Psychotherapie (EBM-Abschnitt 35.2)
- fachärztliche Leistungen (§ 6 Anlage 5 BMV)

entsprechend oder ähnlich: Keine vergleichbare Leistung.

GOÄ

03060**Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040****22**
2,38**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 und/oder Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterstützung bei der Betreuung von Patienten,
- Unterstützung bei der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03060 und 03061 beträgt insgesamt je Praxis 23.800 Punkte im Quartal.

Sofern Fälle der tatsächlichen Inanspruchnahmen einer Arztpraxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11 mit in die Fallzählung einfließen, reduziert sich der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 um 34 Punkte je Fall gemäß Präambel 3.1 Nr. 11, jedoch auf nicht weniger als 0 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03060 wird entsprechend der Erklärung der Praxis durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.

EBM-Leistungen für nichtärztliche Praxisassistenten ab 2015

(<http://www.kbv.de/html/12491.php>)

Die KBV informiert sehr ausgedehnt

... „Praxisassistenten sollen vor allem in Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen. Hausärzte, die die neuen Leistungen abrechnen wollen, müssen deshalb bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Sie erhalten eine Genehmigung ihrer KV, wenn sie:

- gegenüber der KV erklären, dass sie einen nichtärztlichen Praxisassistenten mit der geforderten Qualifikation (gemäß Anlage 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte / „Delegationsvereinbarung“) für mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigen und
- eine der folgenden Bedingungen erfüllen:
 - in den letzten vier Quartalen durchschnittlich mindestens 860 Fälle je Hausarzt (mit vollen Zulassung) und Quartal (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 640 Fälle je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang: d.h. bei einem Arztsitz 860, bei zwei Sitzen 1.500, bei 2,5 Sitzen 1.820 Fälle, bei drei Sitzen 2.140 usw.)
 - in den letzten vier Quartalen im Schnitt mindestens 160 Fälle je Hausarzt bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind (bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 120 Fälle je weiterem Hausarzt (mit vollem Tätigkeitsumfang): d.h. bei einem Sitz 160, bei zwei Sitzen 280, bei 2,5 Sitzen 340 Fälle, bei drei Sitzen 400 Fälle usw.)

Hinweise zur Fallzählung

Sofern ein Hausarzt nicht in Vollzeit tätig ist, wird die Fallzahl anteilig ermittelt. Nicht berücksichtigt werden Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle ohne Patienten-Kontakt und stationäre (belegärztliche) Fälle. Behandlungsfälle aus Selektivverträgen (HzV-Verträge nach Paragraph 73b SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung werden ebenfalls mitgezählt. Hierbei sind die Regelungen in der neuen Nr. 11 der Präambel 3.1 des EBM (gültig seit 1. Januar 2015) zu berücksichtigen. Die Genehmigung gilt zunächst für zwei Jahre, danach wird jährlich geschaut, ob die Kriterien weiterhin erfüllt sind.

Sonderregelung für Neupraxen und Praxisübernahme

Die Sonderregelung gilt für alle neu und kürzer als 18 Monate zugelassenen Hausärzte, die eine Praxis eröffnen oder eine bestehende Praxis übernehmen.

Die Regelung sieht vor, dass bei diesen Hausärzten die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen in den auf die Zulassung folgenden sechs Quartalen nicht angewendet werden. Bei der Berechnung der Anzahl der Ärzte der Praxis zur Bestimmung der Mindestfallzahlen werden diese Ärzte mit einem Tätigkeitsumfang von 0 berücksichtigt – anstatt mit dem Tätigkeitsumfang, der im individuellen Zulassungs- beziehungsweise Genehmigungsbescheid steht.

Vergütung und Abrechnung

Hausärzte erhalten für einen nichtärztlichen Praxisassistenten einen Zuschlag von bis zu 1.320 Euro pro Praxis im Quartal. Außerdem werden die Hausbesuche des Assistenten vergütet. Das sind die neuen Leistungen:

Leistung	GOP	Vergütung
Zuschlag zur GOP 03040 (hausärztliche Strukturpauschale)	03060	22 Punkte (ca. 2,25 Euro)
Hausbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten	03062	166 Punkte (ca. 17,05 Euro)
Mitbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten	03063	122 Punkte (ca. 12,50 Euro)

Erläuterungen zu den neuen Leistungen:

- Jeder Haus- und Mitbesuch wird zu einem festen Preis extrabudgetär vergütet. Es gibt keine Mengenbegrenzung.
- Mit dem Zuschlag (GOP 03060) sollen vor allem Ausgaben für Weiterbildung, höhere Personalkosten und zusätzliche Praxisausstattung wie Mobiltelefon für Hausbesuche finanziert werden.
- Der Zuschlag (GOP 03060) wird je Behandlungsfall gezahlt, maximal für 600 Fälle (bis zu einem Höchstwert von 12.851 Punkten) im Quartal, aber:

- Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle ohne Patienten-Kontakt und stationäre (belegärztliche) Fälle erhalten keinen Zuschlag.
- Die Anzahl der Zuschläge verringert sich um die Zahl der Behandlungsfälle aus Selektivverträgen ohne Beteiligung der KV (HzV-Verträge nach Paragraf 73b SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung. Beispiel: Eine Praxis mit 200 Selektivvertragsfällen erhält statt für 600 Fälle nur für 400 Fälle einen Zuschlag. Der Grund ist, dass in diesen Verträgen häufig bereits eine Vergütung des Praxisassistenten vorgesehen ist.
- Neben den GOPen 03062 und 03063 können auch Leistungen des Abschnitts 32.2 sowie die GOP 31600 abgerechnet werden.
- Die neuen GOPen 03062 und 03063 ersetzen die alten Kostenpauschalen 40870 und 40872, die bisher nur für Hausbesuche von nicht-ärztlichen Praxisassistenten in unterversorgten Regionen abgerechnet werden konnten.

Übergangsregelung: Vergütung ab Beginn der Ausbildung

Da in vielen Hausarztpraxen Mitarbeiter für diese neuen Aufgaben erst noch ausgebildet werden müssen, haben KBV und Krankenkassen die bisherige Übergangsregelung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) angepasst. Die neuen GOPen sind demnach bereits ab Beginn der Ausbildung des Mitarbeiters zum nichtärztlichen Praxisassistenten berechnungsfähig, sofern zu erwarten ist, dass die Ausbildung bis zum 30. Juni 2016 abgeschlossen ist beziehungsweise bis dahin eventuell noch fehlende Module absolviert sein werden.

Finanzierung: 118 Millionen Euro

Die Krankenkassen stellen für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten im nächsten Jahr rund 118 Millionen Euro zusätzlich bereit. .. Sollten die jährlichen Ausgaben von den 118 Millionen abweichen, wird der Bewertungsausschuss eine Anpassung der Vergütung, insbesondere der GOP 03060 beschließen...“

Weitere Information auf der KBV Seite sind

- Fragen und Antworten zum nichtärztlichen Praxisassistenten
- Praxisassistenten können bei Hausbesuchen Langzeit-EKG abnehmen (Stand: 02.07.2015)
- **Dokumente zum Herunterladen**
- Praxisinfo: EBM-Leistungen für nichtärztliche Praxisassistenten ab 2015 (Stand: 20.11.2014, PDF, 129 KB)
- Beschluss des Bewertungsausschusses und Gründe - 339. Sitzung - Änderung des EBM - NÄPA (Teil A) (Stand: 21.11.2014, PDF, 132 KB)

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.. Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung

03061

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060,

12
1,30**Abrechnungsbestimmung** je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10**Anmerkung** Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 beträgt insgesamt je Praxis 23.800 Punkte im Quartal.

Sofern Fälle der tatsächlichen Inanspruchnahmen einer Arztpraxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11 mit in die Fallzählung einfließen, reduziert sich der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 um 34 Punkte je Fall gemäß Präambel 3.1 Nr. 11, jedoch auf nicht weniger als 0 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03061 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.

Berichtspflicht Nein

03062

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegen.

166
17,97**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung - in der Häuslichkeit und/oder
- in Alten- oder Pflegeheimen

und/oder

- in anderen beschützenden Einrichtungen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (1. Besuch),
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungsposition 03062 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01418 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03063

am Behandlungstag 40240, 40260

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

03063

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

122
13,20

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit

und/oder

- in Alten- oder Pflegeheimen

und/oder

- in anderen beschützenden Einrichtungen,

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der weiteren postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (ab dem 2. Besuch),
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitt 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungsposition 03063 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 40240, 40260

in derselben Sitzung 03062

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

03064

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062

20
2,16

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03064 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Berichtspflicht Nein

03065 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063**14
1,52**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03065 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Berichtspflicht Nein

3.2.2 Chronikerpauschale, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

Kommentar:

Der sog. „Chroniker-Komplex“ wurde dahin geändert, dass der Zuschlag für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung entsprechend des Aufwandes vergütet wird.

Erläuterungen zur Berechnung der Chronikerpauschale – Info der KBV 224/2014

Da es wiederholt Nachfragen gab, wie die Formulierung „im Zeitraum der letzten vier Quartale“ für die Beurteilung der Chronikerpauschale zu interpretieren ist, informierten GKV-Spitzenverband und KBV in einer Kurzinformation:

Das laufende Quartal und die drei vorherigen Quartale

Geregelt wird die Berechnung der Chronikerpauschale in den Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.2 beziehungsweise 4.2.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Demnach liegt eine kontinuierliche ärztliche Behandlung vor, wenn „im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat.“ Der angegebene Zeitraum schließt das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also das laufende Quartal und die drei vorherigen Quartale.

Ein Beispiel dazu:

Der Patient kommt im Dezember 2014 in die Praxis. Der Arzt kann die Chronikerpauschale abrechnen, da – wie nachfolgend dargestellt – in den letzten vier Quartalen in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat:

1. Quartal 2014: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

2. Quartal 2014: Kein Kontakt

3. Quartal 2014: Mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt (telefonisch oder Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes)

4. u. laufendes Quartal 2014 (Prüfquartal): Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zu Beginn des Quartals. Abrechnung der Gebührenordnungsposition (GOP) 03220 möglich.

Siehe: Chroniker-Richtlinie

Stand: 20. August 2008 des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) – zuletzt geändert am 19. Juni 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger – in Kraft getreten am 20. August 2008 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/Chr-RL_2008-06-19.pdf (Ausschnitte)

§ 1 Allgemeines

(1) Diese Richtlinie bestimmt das Nähere zur Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten und Ausnahmen gemäß § 62 Abs. 1 Sätze 5 und 10 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

(2) Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit i. S. d. Richtlinie leiden, wird durch die Krankenkasse getroffen.

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

(1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

(2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psycho-therapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist

03220

Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

130
14,07

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03220 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus. Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden

Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden. Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03370, 03371, 03372, 03373

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, ggf. Nr. 15*.

Kommentar: Chronikerzuschlag zur Versichertenpauschale GOP 03220/03221/04220/04221
 Voraussetzung: Patient war innerhalb der letzten vier Quartale in Behandlung

- in mindestens drei Quartalen in derselben hausärztlichen Praxis oder in einer Vorgängerpraxis
- wegen derselben chronischen Erkrankung(en) mit gesicherter Diagnose(n)
- in mindestens zwei Quartalen hat ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden
- Chronikerzuschlag 1 (GOP 03220/04220): bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal
- Chronikerzuschlag 2 (GOP 03221/04221): bei mindestens zwei persönl. Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal
- Nicht, wenn „hausarztuntypische“ Leistungen abgerechnet werden (siehe GOP 03040/04040)

Zu beachten

- Die Leistung muss entgegen anders lautenden Aussagen in den betreffenden Fällen von der Praxis angesetzt werden
- **Bei Hausarztwechsel muss die GOP 03220/03221 bzw. 04220/04221 mit „H“ gekennzeichnet werden. Das „H“ muss für insgesamt 4 Quartale gesetzt werden.**
- Auch für diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP) und HIV-Schwerpunktpraxen, wenn sie bei Überweisung durch einen Hausarzt die GOP 03010/04010 (DSP) abrechnen
- (Quelle: <https://www.kvno.de/downloads/honorar/EBM-Booklet.pdf>)

03221

Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

40
4,33

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitlinien-gestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

03222

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220, einmal im Behandlungsfall

10
1,08

Die Gebührenordnungsposition 03222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 03222 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03362 berechnungsfähig.

03230

Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist

90
9,74

Obligatorer Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten und/oder
- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 30700

in derselben Sitzung 03370, 03372, 03373, 35100, 35110

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: 3

3.2.3 Besondere Leistungen**03241***

Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

92
9,96

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03241 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 13253, 27323

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 659* (in GOÄ allerdings Untersuchung + Auswertung)

Kommentar:

Wer die Genehmigung zur Auswertung von Langzeit-EKGs hat, kann die beiden Nrn. für das EKG-Aufzeichnen nach Nr. 03322 und die Auswertung nach Nr. 03241 abrechnen. In einer Apparatgemeinschaft zur Auswertung von Langzeit-EKGs können keine Versandkosten abgerechnet werden.

03242

Testverfahren bei Demenzverdacht

19
2,06

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z.B. SKT, MMST, TFDD), je Test,

Abrechnungsbestimmung bis zu dreimal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 03360

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

Kommentar:

Zur Abrechnung ist es nicht erforderlich, dass die Leistung nach Nr. 03242 d.h. alle 3 vom Arzt ausgewählten Tests an einem Tag erbracht werden. Die angeführten Tests sind beispielhaft genannt; es können auch entsprechende andere standardisierte Testverfahren gewählt werden.

Syndrom Kurztest (SKT)

Ausführlicher Test zum Demenz-Screening. Es wird mit bunten Bildern und Spielsteinen gearbeitet wird. Der Test dauert ca. 15 Minuten und kann auch von geschultem Praxispersonal abgenommen werden. Um bei einer Verlaufskontrolle Lerneffekte auszuschließen, gibt es den SKT in neun Parallelförmigen.

Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Häufiger Test, der aber für die Frühdiagnostik von Demenz-Erkrankungen nicht sehr geeignet ist. Ab einer mittelschweren Demenz leistet der MMST aussagekräftige Ergebnisse. Test im Internet:

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

Leicht durchführ- und auswertbarer Test für die Praxis

*** Alle Test finden Sie über gängige Suchmaschinen im Internet, meist als PDF-Datei zum Download.**

Bezug von verschiedenen Testbögen kostenpflichtig über den Hogrefe-Verlag: <http://www.testzentrale.de>

03321* Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG) 200 21,65

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 13251, 17330, 17332
im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 27321

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 11 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 652

Kommentar: Eine kontinuierliche Überwachung des EKG-Kurvenverlaufes ist am Monitor erforderlich. Ein kontinuierliches Schreiben eines Papierstreifens allerdings nicht. Diese Leistung darf nur in Anwesenheit des Arztes in der Praxis durchgeführt werden.

03322* Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer 67 7,25

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550
in derselben Sitzung 13252, 27322

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 659* (in GOÄ mit Auswertung)

Kommentar: Eine ebenfalls durchgeführte Langzeit-Blutdruckmessung, bei der allerdings der Zeitraum zwei Stunden länger sein muss, ist zusätzlich nach Nr. 03324 abrechenbar.

03324* Langzeit-Blutdruckmessung 78 8,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550
in derselben Sitzung 13254, 27324

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 654*
Kommentar: Ein ebenfalls durchgeführtes Langzeit-EKG, bei dem allerdings der Zeitraum nur 18 Stunden betragen muß, ist zusätzlich nach Nr. 03322 – und ggf. bei Auswertung auch noch mit Nr. 03241 – abrechenbar.

03330* Spirographische Untersuchung **60** 6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31013
im Behandlungsfall 13250
in derselben Sitzung 13255, 27330

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 3 Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 605* + 605a*

Kommentar: Um diese Nr. abzurechnen, müssen alle obligaten Leistungsinhalte erbracht werden. In der Leistungslegende findet sich keine Begrenzung der Häufigkeit zur Anwendung dieser Untersuchung, so dass ein mehrmaliger Ansatz im Quartal, wenn medizinisch erforderlich, abrechnungsfähig ist.

03331* Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex **85** 9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
 - Proktoskopie
- und/oder
- Rektoskopie,
 - Patientenaufklärung,
 - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
 - Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250
in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 04516, 08333, 13257, 30600

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 4 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

03335 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung **88** 9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,
- Binaurikuläre Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03335 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die

Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 03335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 03351, 03352

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1401*

Kommentar: Erläuterung: PTB = Physikalisch-technische Bundesanstalt

03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes 95 10,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,
- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdrelexe sowie der Hirnnerven

Anmerkung Vertragsärzte des Hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Gebührenordnungsposition 03350 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 03352, 35142

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 715 bis 718

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen 166 17,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Standardisiertes Verfahren,
- Prüfung aktiver und passiver Wortschatz,
- Prüfung des Sprachverständnisses,
- Prüfung der Fein- und Grobmotorik,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 03335,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Gebührenordnungsposition 03351 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 03335, 03352

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 715 bis 718

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

03352 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der Gebührenordnungspositionen 03350 und/oder 03351 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung 72 7,79

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03335, 03350, 03351

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Keine ähnliche Leistung in der GOÄ vorhanden.

Kommentar: Die Leistung nach 03352 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

03355 Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time- Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)

72
7,79

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03355 ist höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Kommentar: Siehe im Internet unter „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Stand: 7. Juni 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1409/MVV-RL_2017-03-16_iK-2017-06-07.pdf) – in der Anlage I Punkt 20: Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus

3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr) und

- Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen eines Pflegegrades
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
 - Dysphagie,
 - Inkontinenz(en),
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
 oder
 - Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 setzt die Angabe eines ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM voraus, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.

Kommentar:

Im Zuge der Neuregelung eines „Hausarzt-EBM“ wurde zum 1.10.2013 die hausärztliche geriatrische Betreuung neu eingeführt, für die Krankenkassen nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellen.

03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

122
13,20

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z.B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),

- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z.B. Timed „up & go“, Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z.B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03370, 03371, 03372, 03373
im Behandlungsfall 03242

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

Zur Abrechnung der Leistungen nach EBM Nrn. 03360 und/oder 03362 ist keine besondere Qualifikation erforderlich. Die Patienten müssen allerdings einen geriatrischen Versorgungsbedarf (siehe: Allgemeine Bestimmungen im EBM-Abschnitt 3.2.4), aufweisen:

- Lebensalter ab vollendetem 70. Lebensjahr
- Geriatrietypische Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe.
- F00-F02 dementielle Erkrankungen,
- G30 Alzheimer-Erkrankung,
- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und
- G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die **EBM-Ziffer 03360** darf 1x im Behandlungsfall (d.h. 1x im Quartal) abgerechnet werden, höchstens zweimal im Krankheitsfall (in vier aufeinander folgende Quartalen).

03362

Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

159
17,21

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z.B.
 - Stuhl- und/oder Harninkontinenz
 - Sturz, lokomotorische Probleme (z.B. Schwindel, Gangunsicherheit)
 - Frailty-Syndrom/Immobilität und verzögerte Remobilität
 - Hemiplegiesyndrom
 - Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz
 - Metabolische Instabilität,
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und der Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verordnung und/oder Einleitung von physio- und/oder ergotherapeutischen und/oder logopädischen Maßnahmen,
- Koordination der pflegerischen Versorgung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 neben der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000 oder 03030 ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03370, 03371, 03372, 03373

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar: Voraussetzungen zur Abrechnung sind:

- Vorliegen des hausärztlichen-geriatrischen Basisassessments nach EBM Nr. 03360, das nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf.
- mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall

Erforderliche Leistungen zur Abrechnung von EBM Nr. 03362 sind:

- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung,
- ggf. therapeutische Maßnahmen zur Therapie geriatrischer Syndromen
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und Selbstmedikation sowie
- ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung
- Erstellung/Aktualisierung eines Medikationsplans

Wichtig: Sie dürfen die EBM-Ziffer 03362 nur einmal im Behandlungsfall abrechnen.

3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.

3. Die Gebührenordnungspositionen 03371, 03372 und 03373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.

4. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

Kommentar:

Die Aufnahme der palliativmedizinischen Versorgung in den EBM ist ausdrücklich als eine Ergänzung neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konzipiert. Die SAPV beruht auf folgenden Grundlagen:

§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der

Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

03370**Obligater Leistungsinhalt**

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03220, 03221, 03230, 03360, 03362

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

341
36,91

03371

Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten
- (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z.B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03220, 03221, 03360, 03362, 03372, 03373

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

159
17,21

03372

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten
- (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z.B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.

124
13,42

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 03220, 03221, 03230, 03360, 03362, 03371, 03373

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

03373

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

124
13,42**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten
- (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Abrechnungsbestimmung je Besuch

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 03373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 03220, 03221, 03230, 03360, 03362, 03371, 03372

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

4 Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin

Kommentar:

Die im Anhang 4 aufgelisteten Leistungen wurden durch den Bewertungsausschuss aus dem EBM als abrechnungsfähige Leistungen gestrichen.

4.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können – unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden.

2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können – wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten.

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können zusätzlich die arztgruppenspezifischen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01520, 01521, 01530, 01531 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 32.3, 33 und 34 berechnen, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen.

4. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall ausschließlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 berechnungsfähig. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind abweichend von 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag in Höhe von 60 % der jeweiligen Punktzahl berechnungsfähig. Die Regelungen unter 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen bleiben davon unberührt. Erfolgt die Behandlung eines Versicherten auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- bzw. Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-A bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1) ist für den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen neben den Gebührenordnungspositionen seines Abschnitts die Gebührenordnungsposition 01436 – Konsultationspauschale – berechnungsfähig.

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01438, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01623, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01704, 01705, 01706, 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01816 bis 01818, 01820 bis 01822, 01828, 01840, 01915, 01949 bis 01952, 01955, 01960, 01956, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 02520.

6. Die Gebührenordnungspositionen 01816, 01821, 01822, 01828, 01840 und 01915 sind von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.

7. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30610, 30611, 30800, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.7, IV-30.9, IV-30.12, IV-31.1, IV-31.1.1, IV-31.4.2, IV-32.1, IV-32.2, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.6, Kap. 37 und Kap. 38 sowie Gebührenordnungspositionen des Kapitels IV-35.

8. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4.1, 11.4.3, 11.4.4 und 19.4 berechnungsfähig, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4.1, 11.4.3, 11.4.4 und 19.4 berechnungsfähig, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen.

9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nrn. 3, 5, 6 und 7 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

10. Werden die in den Versichertenpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist für die Erbringung der Leistung die Kostenpauschale nach der Nr. 40154 berechnungsfähig.

11. Abweichend von 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen erfolgt in fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärztin gemäß Nr. 1 dieser Präambel ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030.

12. Für die Gebührenordnungsposition e wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 12 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 12 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 werden nicht vergütet.

13. Relevant für die Fallzählung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 04230 sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 4 – das sind die Leistungen nach den Nrn. 04110 bis 04580 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin abgerechnet werden:

Erfüllt ein Kinderarzt die Voraussetzungen nach Abschnitt 4.4 (Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin) und/oder 4.5 (Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung) kann er darüber hinaus folgende Gebührenordnungspositionen abrechnen:

- Nrn. 01520, 01521, 01530, 01531 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, sowie die Gebührenordnungspositionen der folgenden Abschnitte
- 4.4 schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin,
- 4.5 pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung,
- 11.3 diagnostische Humangenetik,
- 11.3 diagnostische Humangenetik,
- 31.2 ambulante Operationen,
- 31.3 Postoperativer Überwachungskomplex
- 31.4.3 Postoperativer Behandlungskomplex im fachärztlichen Versorgungsbereich,
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen,
- 31.6 orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 32.3 Spezielle Laboruntersuchungen, molekulargenetische und molekularchirurgische Untersuchungen,
- 33 Ultraschall Diagnostik,
- 34 Radiologie, CT, NMR

In diesem Fall können nicht die Qualitäts- und Qualifikationszuschläge des Abschnitts 4.2.2 abgerechnet werden, dafür aber die Gebührenordnungspositionen aus den Bereichen II (Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen) und III (Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen).

Bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung richtet sich die Berechnungsfähigkeit der Versichertenpauschalen danach, wie er im Arztfall tätig wird:

4 Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin

- wird er im Arztfall ausschließlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.2.1 zu 100 % abrechnungsfähig,
- wird er hingegen im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag von 40 % der Punktzahl abrechnungsfähig.

Wird ein Kinderarzt im Rahmen einer Auftragsüberweisung tätig, kann er zusätzlich die Nr. 01436 (Konsultationspauschale) abrechnen.

Zusätzlich sind für Kinderärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind

- die nachfolgenden Leistungen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung des Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Meditationsplan,
 - Nr. 01704 Neugeborenen-Hörscreening,
 - Nrn. 01705, 01706 Neugeborenen-Hörscreening,
 - Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Nrn. 01711 bis 01723 Neugeborenen-Untersuchungen Jugendgesundheitsuntersuchung, Besuch zur Früherkennung, Sonographie Säuglingshüfte,
 - Nr. 01816 bis 01818 Clamydienscreening,
 - Nrn. 01820 bis 01822 Empfängnisregelung,
 - Nr. 01828 Entnahme von Venenblut,
 - Nrn. 01840, 01842, 01843 Clamydienscreening,
 - Nrn. 01915, 01917, 01918 Clamydienscreening,
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
 - Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
 - Nr. 02311 Diabetischer Fuß
 - Nrn. 02500, 02501 Einzelinhalationen,
 - Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation und
 - Nr. 02520 Phototherapie eines Neugeborenen
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30430 Selektive Phototherapie,
 - Nrn. 30610, 30611 Hämorrhoidenbehandlung

- Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Nr. 31912 Einrichtung von Fraktur / Luxationen des Ellenbogen- / Kniegelenks
- Nrn. 33000 bis 33002 – 33010 bis 33012 – 33040 bis 33044 – 33050 bis 33052 – 33060 bis 33062 – 33076 – 33080 – 33081 – 33090 bis 33092 Sonographische Leistungen,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen
 - 31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich
 - 32.1 Labor-Grundleistungen
 - 32.2 Allgemeine Laboruntersuchungen,
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.6 Belegärztlich konservativer Bereich
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels
 - 35 Psychotherapie

Hat ein Kinderarzt eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachgewiesen, kann er ferner aus dem Bereich des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen) die Leistungen nach den Nrn. 01816 bis 01818, 01821, 01822, 01828, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917 und 01918 (Beratung und Blutentnahme bei Empfängnisregelung, Chlamydienscreening) abrechnen.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Versichertenpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden. Ähnliches gilt für den 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400). Hier ist für den Bezug des 13C-Harnstoffs die Kostenpauschale nach Nr. 40154 berechnungsfähig.

4.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin

4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung

Kommentar: Die KBV Hessen (http://www.kvhessen.de/fileadmin/ebm-aktuell_unbestimmtes-Ge-schlecht.pdf) informiert zu den Neuerungen ab 1.1.2016):

... „Die allgemeinen Bestimmungen des EBM werden um die Regelung zur Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen (GOP) bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung ergänzt:

Neue allgemeine Bestimmung 4.2.1 EBM

Seit dem 1. Januar 2016 wird die Kennzeichnung „X“ für Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgebildet. Bei diesen sind die GOP des EBM entsprechend dem organbezogenen Befund berechnungsfähig.

Hintergrund

Die Ergänzung der Bestimmungen im EBM fußt auf einer gesetzlichen Änderung. Das Personenstandsgesetz (§ 22 Abs. 3 PStG) sieht vor, dass ein Neugeborenes ohne Angabe des Geschlechts in das Geburtenregister eingetragen wird, wenn es weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann...

04000**Versichertenpauschale****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.

Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216 und 01218 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412, 01415, 01418 so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01436**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, daher einzelne erbrachte Leistungen ansetzen

Kommentar:

Der Arzt setzt die Versichertenpauschale nach 04000 an. Die zuständige KV setzt die entsprechend dem Alter vorgesehene Leistung und Punktzahl an.

Es werden folgende Pseudoziffern (auch in Kommentaren) verwendet:

Auch in diesem Kommentar verwenden wir die Pseudoziffern:

04001

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

236

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA**Prüfzeit:** 23**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**25,54****04002**

ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

150

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA**Prüfzeit:** 14**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**16,23****04003**

ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr

122

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA**Prüfzeit:** 11**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**13,20**

04004 ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr **157**
 Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil **16,99**

04005 ab Beginn des 76. Lebensjahres **210**
 Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil **22,73**

04030 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt **77**
8,33

Obligatorer Leistungsinhalt

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412, 01415 oder 01418

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Versichertenpauschale nach der Nr. 04030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412, 01415 oder 01418, so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 01436, 30702
 im Behandlungsfall 01600, 01601, 04000, 04010

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, daher einzelne erbrachte Leistungen ansetzen.

Kommentar: Die Nr. 04030 wird für Behandlungen außerhalb des organisierten Notdienstes zu den in der Legende angegebenen Zeiten abgerechnet. Wird in der Praxis behandelt, können zusätzlich die Nrn. 01100 oder 01101 angesetzt werden.

Hinweis: Siehe Informationen zur Zusatzpauschale vor EBM Nr. 03040!

04040 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V **144**
15,58

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 04040 und der Gebührenordnungsposition 04030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition 04030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 04040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen.

Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 04000 notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichs-

übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1) ist ein Abschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, an denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 14 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Gebührenordnungsposition 04040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

Kommentar: Die Pauschale kann nur für Behandlungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung angesetzt werden, hierzu zählt auch die Behandlung von Diabetikern. Nicht zu hausärztlichen Versorgungsleistungen zählen nach Kommentar **Wezel/Liebold** z.B. Phlebologie, Psychotherapie, Schlfldiagnostik und Schmerztherapie, Akupunktur.

4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 04220 bis 04222 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
 - Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.
- Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 04220 bis 04222 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

Kommentar:

Der sog. „Chroniker-Komplex“ wurde dahin geändert, dass der Zuschlag für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung entsprechend des Aufwandes vergütet wird. Siehe Hinweise im Kommentar zu 3.2.2 Hausärztl. Versorgungsbereich.

04220

Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

130
14,07

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04220 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus. Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37307, 307305, 307306

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

04221

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

40
4,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitlinien-gestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,

- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

04222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220, einmal im Behandlungsfall **10**
Die Gebührenordnungsposition 04222 wird durch die zuständige Kassenärztliche **1,08**
Vereinigung zugesetzt.

04230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der **90**
Erkrankung erforderlich ist **9,74**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
 - mit einem Patienten
- und/oder
- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04230 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04230.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 04370, 04372, 04373, 35100, 35110, 35150, 35151, 35152, 37300, 37307, 307305, 307306 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2
im Behandlungsfall 30700

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3.

4.2.3 Besondere Leistungen

04241* Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG **92**
von mindestens 18 Stunden Dauer **9,96**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04241 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04410, 13250, 13545, 13550
in derselben Sitzung 13253, 27323

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 659* (in GOÄ allerdings Untersuchung + Auswertung)

Kommentar: Wer die Genehmigung zur Auswertung von Langzeit-EKGs hat, kann die beiden Nrn. für das EKG-Aufzeichnen nach Nr. 04322 und die Auswertung nach Nr. 04241 abrechnen. Auch längere Zeiträume als 18 Stunden berechtigen nicht zu einem mehrfachen Ansatz der Nrn.

Versandkosten können im Rahmen einer Überweisung vom überweisenden Arzt und vom auswertenden Arzt nach Nr. 40120 ff. abgerechnet werden. In einer Apparategemeinschaft zur Auswertung von Langzeit-EKGs können keine Versandkosten abgerechnet werden.

04242 Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in bzw. im 87 9,42

- Motorik
und/oder
- Sensorik
und/oder
- Sprachbereich
und/oder
- Sozialverhalten,

Obligatorer Leistungsinhalt

- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04243 Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in bzw. im 41 4,44

- Motorik
und/oder
- Sensorik
und/oder
- Sprachbereich
und/oder
- Sozialverhalten

Obligatorer Leistungsinhalt

- Gruppenbehandlung mit bis zu 4 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 1 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04321* Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG) 200 21,65

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 13251, 17330, 17332

im Behandlungsfall 04410, 04434, 13250, 13545, 13550, 27321

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 11 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ

Kommentar: Eine kontinuierliche Überwachung des EKG-Kurvenverlaufes ist am Monitor erforderlich. Ein kontinuierliches Schreiben eines Papierstreifens allerdings nicht. Diese Leistung darf nur in Anwesenheit des Arztes in der Praxis durchgeführt werden.

04322* Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer 67 7,25

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 13252, 27322

im Behandlungsfall 04410, 04434, 13250, 13545, 13550

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 659* (in GOÄ mit Auswertung)
Kommentar: Eine ebenfalls durchgeführte Langzeit-Blutdruckmessung, bei der allerdings der Zeitraum zwei Stunden länger sein muss, ist zusätzlich nach Nr. 04324 abrechenbar.

04324* Langzeit-Blutdruckmessung **78** 8,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04410, 13250, 13545, 13550
 in derselben Sitzung 13254, 27324

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 654*
Kommentar: Ein ebenfalls durchgeführtes Langzeit-EKG, bei dem allerdings der Zeitraum nur 18 Stunden betragen muß, ist zusätzlich nach Nr. 04322 – und ggf. bei Auswertung auch noch mit Nr. 04241 – abrechenbar.

04330* Spirographische Untersuchung **60** 6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250
 in derselben Sitzung 13255, 27330
 am Behandlungstag 31013

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 605* und zusätzlich Nr. 605a*
Kommentar: In der Leistungslegende findet sich keine Begrenzung der Häufigkeit zur Anwendung dieser Untersuchung, so dass ein mehrmaliger Ansatz im Quartal, wenn medizinisch erforderlich, abrechnungsfähig ist.

04331* Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex **85** 9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie und/oder
- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250
 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 04516, 08333, 13257, 30600

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04335 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung **88**
9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Binaurikuläre Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04335 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 04353, 04354

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1401*

Die Leistung kann für eine Untersuchung beider Ohren nur einmal abgerechnet werden. Erläuterung: PTB = Physikalisch-technische Bundesanstalt

04350 Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung eines Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr **170**
18,40

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung von mindestens 4 Funktionsbereichen (Grobmotorik, Handfunktion, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten oder Selbstständigkeit) nach standardisierten Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04350 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 04351, 04352, 04354

Aufwand in Min.

GOÄ**Kommentar:**

Kalkulationszeit: 18 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 715

Die Leistung wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

Zur Abrechnung der Leistung müssen mind. 4 der in der Legende aufgezählten Funktionsbereiche untersucht und dies auch dokumentiert werden.

04351 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes **95**
10,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,
- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdrelexe sowie der Hirnnerven

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 04350, 04352, 04354, 35142

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 716
Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

04352 Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit Störungen im Bereich der Koordination, Visuomotorik, der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeit unter Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte **285**
30,84

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus,
- Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entwicklungsneurologische Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 04351,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 04350, 04351, 04354

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 800, 714ff

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

04353 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen **166**
17,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Standardisiertes Verfahren,
- Prüfung aktiver und passiver Wortschatz,
- Prüfung des Sprachverständnisses,
- Prüfung der Fein- und Grobmotorik,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 04335,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 04335, 04354

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 717

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

04354 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der Gebührenordnungspositionen 04351 und/oder 04353 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung **72**
7,79

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04335, 04350, 04351, 04352, 04353

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: In der GOÄ findet sich keine ähnliche Leistung, daher ggf. höheren Steigerungssatz für die einzeln erbrachten Leistungen wählen.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 03350 wird innerhalb des Regelleistungsvolumens (RVL) vergütet.

4.2.4 Sozialpädiatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur berechnungsfähig von Vertragsärzten gemäß Präambel 4.1 Nr. 1, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine sozialpädiatrische Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Stunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugend-

ärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer oder eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten – auch im Rahmen der Weiterbildungszeit – in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle nachweisen. Bis zum 30. Juni 2016 ist die Gebührenordnungsposition 04356 auch ohne Nachweis der Qualifikation berechnungsfähig, wenn Vertragsärzte gemäß Präambel 4.1 Nr. 1 die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04355 im Vorjahresquartal und in dem auf das Vorjahresquartal folgenden Quartal durchschnittlich in mindestens 50 Behandlungsfällen je Quartal abgerechnet haben.

2. Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur berechnungsfähig, wenn die Praxis mindestens folgende Kooperationen vorhält:

- Logopädie,
- Physiotherapie,
- Ergotherapie,
- Sozialpädiatrisches Zentrum,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Kommentar:

Im Zuge der Neuregelung eines „Hausarzt-EBM“ wurde zum 1.10.2013 die Sozialpädiatrische Versorgung neu eingeführt, für die Krankenkassen nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellen.

Zum 1.1.2015 wurde mit der Änderung der Nr. 04355 und der Einführung der Nr. 04356 dieser Abschnitt weiterentwickelt.

04355

Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

145

15,69

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Als Einzelsitzung,
- Berücksichtigung krankheitsspezifischer, teilhabebezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der bestehenden Befunde und/oder Erkenntnisse,
- Befunderhebung(en) unter sozialpädiatrischen Kriterien zur (drohenden) Störung, körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung oder (drohenden) Behinderung oder bei Verdacht/Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Kindesmisshandlung::
 - Entwicklungsstand,
 - Intelligenz,
 - Körperlicher und neurologischer Befund,
 - Psychischer Befund,
 - Psychosozialer Hintergrund,
- Prüfung der Anwendung ganzheitlicher Förder- und/oder Therapieverfahren,
- Berücksichtigung der Therapieprinzipien der Sozialpädiatrie,
- Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren,
- Anleitung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Koordination störungsspezifischer Maßnahmen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04355 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen, G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert, G40 Epilepsie, G43 Migräne, G44.2 Spannungskopfschmerz, G80 Infantile Zerebralparese, F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.8 Sonstige somatoforme Störungen, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen, T73 Schäden durch sonstigen Mangel sowie T74 Missbrauch von Personen..

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04355 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218 und Kapitel 30.11, 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04356

Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung

195
21,10

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- und/oder
- Persönlicher Kontakt des Arztes zu einer Bezugsperson,
- Erhebung und/oder Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden motorischen, kognitiven, emotionellen und/oder organbedingten Einschränkungen und/oder Auffälligkeiten,
- Beratung zu weiterführenden Maßnahmen,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines (interdisziplinären) Therapieplanes,
- Koordination der Heilmittelversorgung und der Schnittstelle zum Sozialpädiatrischen Zentrum,
- Untersuchung und Beratung zur Indikationsstellung einer Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder eine vergleichbare Einrichtung,
- Einleitung/Überwachung medikamentöser Therapiemaßnahmen,
- Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren,
- Informationen zu entsprechenden helfenden Institutionen und/oder Personen,

Abrechnungsbestimmung höchstens dreimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen, G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert, G40 Epilepsie, G43 Migräne, G44.2 Spannungskopfschmerz, G80 Infantile Zerebralparese, F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.8 Sonstige somatoforme Störungen, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen, T73 Schäden durch sonstigen Mangel sowie T74 Missbrauch von Personen.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04356 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04356.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218 und Kapitel 30.3, 30.11, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Zum 1. Januar 2017 beschloss der Bewertungsausschuss Ausschöpfung des Finanzvolumens, dass 2015 für die haus- und fachärztliche Grundversorgung zur Verfügung gestellt wurde, die bis zu 3x Ansatzmöglichkeit der EBM Nr. 04 356 im Krankheitsfall, statt wie bis 2016 nur 2x .

Kinder- und Jugendärzte dürfen die EBM Nr. 04 356 abrechnen, wenn die Qualifikations- und Kooperationsvoraussetzungen der zum Abschnitt 4.2.4 aufgenommenen Präambel

sowie die übrigen geforderten Leistungsinhalte erfüllt werden. Durch die EBM Nr. 04356 ergibt sich eine Erweiterung des Behandlungsspektrums der EBM Nr. 04 355 .

Eine Kooperationen mit den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie den anderen unter 4.2.4 Sozialpädiatrische Versorgung aufgeführten Partnern sollte eindeutig dokumentieren, dass ein entsprechender Nachweis im Falle einer Plausibilitätsprüfung zu führen ist.

4.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.

3. Die Gebührenordnungspositionen 04371, 04372 und 04373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.

4. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i. V. m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

Kommentar:

Die Aufnahme der palliativmedizinischen Versorgung in den EBM ist ausdrücklich als eine Ergänzung neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konzipiert. Die SAPV beruht auf folgenden Grundlagen:

§ 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,

2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Im Zuge der Neuregelung des EBM wurde zum 1.10.2013 die Palliativmedizinische Versorgung neu eingeführt, für die Krankenkassen nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellen.

Angesichts der bereits bestehenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), deren praktische Umsetzung wohl nicht den Erwartungen des Richtliniengebers entsprach, war eine Aufnahme in den EBM, aber auch eine Abgrenzung zu den Leistungen der SAPV notwendig.

04370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan **341** 36,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04220, 04230
im Krankheitsfall 37300

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

04371 Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis **159** 17,21

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z.B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04220, 04372, 04373, 37305
im Behandlungsfall 37302

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04372 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit **124** 13,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z.B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 04372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04220, 04230, 04371, 04373, 37305, 37306

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04373 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die **124**
palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit **13,42**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Abrechnungsbestimmung je Besuch

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01100, 01101, 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 04220, 04230, 04371, 04372, 37305, 37306

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

4.4 Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin

4.4.1 Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.4.1 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie berechnet werden.

2. Darüber hinaus kann von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die Gebührenordnungsposition 04537 des Abschnitts 4.5.2 berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin den Schwerpunkt Kinder-Kardiologie besitzt.

04410* Zusatzpauschale Kinderkardiologie **679**
73,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022),
- Druckmessung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion (Nr. 02331),
- Belastungs-EKG (Nr. 04321),
- Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 04322),
- Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 04241),
- Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 04324),
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021),
- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020),
- Untersuchung mit Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mit Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch reproduzierbarer Belastung,

- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04410 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04410 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 13300 und 13301 verfügt.

In der Gebührenordnungsposition 04410 sind die Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters enthalten.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 02100, 02330, 02331, 04241, 04321, 04322, 04324, 13545, 33020, 33021, 33022, 34283, 36882, 36883 und Kapitel 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04411*

Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie

347
37,55

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04411 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 04411 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04413 bis 04416 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

Berichtspflicht

Nein

Aufwand in Min.

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Die KVNord informiert u.a.: ... „Die Abrechnungssystematik zur Kontrolle von Schrittmachersystemen wurde ab 1. Oktober 2017 differenzierter. In EBM-Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) werden jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen für die konventionelle Kontrolle und zwei EBM Nrn. für die telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachern aufgenommen. **Zugleich werden die bisherigen EBM Nrn. 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen.**

Die Bewertung der neuen EBM Nrn. ist abhängig vom Aggregattyp und nicht davon, ob es sich um eine konventionelle und telemedizinische Funktionskontrolle handelt. Damit wird der Aufwand für die Kontrolle der unterschiedlichen Systeme besser berücksichtigt. Die Vergütung erfolgt – wie bei den bisherigen EBM Nrn. – innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Unterschieden werden Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D).

Vertragsärzte, die solche Kontrolluntersuchungen durchführen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Art der Funktionskontrolle	EBM Nr.	Bewertung (Punkte)
konventionell	04411 (Schrittmacher) 04413 (Kardioverter/Defibrillator) 04415 (CRT)	347/37,55 Euro 641/69,37 Euro 789/85,39 Euro
Telemedizinisch	04414 (Kardioverter/Defibrillator) 04416 (CRT)	641/69,37 Euro 789/85,39 Euro

04413* Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

641
69,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04413 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 04413 und 04414 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Code der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04413 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04414 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221, 04411, 04415, 04416, 36881, 36882, 36883, 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Siehe Kommentar zu Nr. 13571

04414* Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

641
69,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 04413 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 04413 und 04414 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10- Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04414 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04413 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221, 04411, 04415, 04416, 36881, 36882, 36883, 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15

Eignung d Prüfzeit: Nur Quartalsprofil

Kommentar:

Siehe Kommentar zu Nr. 13574

04415*

Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

789
85,39

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04415 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 04415 und 04416 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04415 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04416 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221, 04411, 04415, 04416, 36881, 36882, 36883, 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 19

Eignung d Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Siehe Kommentar zu Nr. 13571

04416 *

Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)

789
85,39

Obligatorer Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 04415 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 04415 und 04416 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10- Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04415 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221, 04411, 04415, 04416, 36881, 36882, 36883, 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 19 **Eignung d Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar:

Siehe Kommentar zu Nr. 04411

04419* Ergospirometrische Untersuchung

407
44,05

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-FelderGraphik“

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung der Bezugsperson(en)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 606*

04420* Behandlung eines Herz-Transplantatträgers

209
22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.4.2, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen

4.4.2 Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.4.2 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden.

2. Bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen sind von den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.11.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises entsprechender Qualifikationsvoraussetzungen können Kinder- und Jugendärzte zusätzlich die Leistungen der Neuropsychologischen Therapie nach Abschnitt 30.11 abrechnen.

04430* Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)

90
9,74

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- als Einzelbehandlung,
- Berücksichtigung krankheitsspezifischer, behinderungsbezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, sprachlicher und familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Störung, Erkrankung oder Behinderung,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines neuropädiatrischen Krankheitsbildes und der möglichen Komorbiditäten,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen

04431* Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

87
9,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Prüfung von
 - altersgemäßer Haltungs- und Bewegungskontrolle,
 - muskulärem Ruhe- und Aktivitätsstatus, Muskelkraft,
 - Eigen- und Fremdreflexen sowie der Hirnnerven,
 - Oberflächen- und Tiefensensibilität,
 - statischem und dynamischem Gleichgewicht,
 - Koordination, Bewegungsübergängen und-zwischenstufen,
 - Feinmotorik,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lateralisation, Mittellinienkreuzung,
- Motometrische Testung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723 und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 800

04433*

Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung bei der fortgesetzten Betreuung von Patienten bei mindestens einer der Diagnosen:

299
32,36

- Epilepsie (G40, G41),
- Migräne (G43),
- infantile Zerebralparese, sonstige Lähmung (G80 bis G83),
- kombinierte Entwicklungsstörung (F83),
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84 bis F89),
- geistige Behinderung (F70 bis F79),
- schwerwiegendes Fehlbildungssyndrom, Myelomeningocele (Q01 bis Q18, Q71 bis Q74, Q76 bis Q78, Q85 bis Q87, Q90 bis Q99),
- Hydrocephalus, Hypoxischer Hirnschaden (G91 bis G94),
- metabolische Erkrankung, Neuropathien, neurodegenerative Erkrankung (G10 bis G25, G32 bis G37, G50 bis G64),
- Muskeldystrophie, Myopathien (G70 bis G73),
- Zustand nach SHT III (S06.1 bis S06.9),
- Aufmerksamkeitsstörungen (F90),

Obligator Leistungsinhalt

- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ärztliche Koordination intra- und/oder multiprofessioneller, komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen, psycho-, physio-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams, der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern sowie der Anleitung der Eltern,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04433.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 30 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen

04434*

Elektroenzephalographische Untersuchung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

251
27,16**Obligator Leistungsinhalt**

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Anmerkung Die für die Gebührenordnungsposition 04434 erforderliche Berichtspflicht gilt als erfüllt, wenn im Behandlungsfall ein Bericht/Arztbrief erstellt wurde.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04321, 04322 und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

in derselben Sitzung 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900, 30901

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 12**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 827

04435* Pädiatrische Schlaf-EEG-Untersuchung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen 548 59,31

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung inklusive vollständiger Einschlaf- und Aufwachphase,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

in derselben Sitzung 04434, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900, 30901

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 50 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 827, 827a

04436* Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) 263 28,46

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potenziale, beidseitig,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04436 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

am Behandlungstag 01705, 01706

in derselben Sitzung 14331, 16321, 21321

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 828

04437* Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen 184 19,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden und/oder
- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Ein- und/oder beidseitig

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04437, 16322 und 27331 ist im Behandlungsfall höchstens dreimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 16322, 27331

im Behandlungsfall und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen

04439*	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	126 13,64
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Elektronystagmo-/Okulographie und/oder	
	• Blinkreflexprüfung,	
	• Ein- und/oder beidseitig,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 14330, 16320, 21320 und Kapitel 4.4.1, 4.4.3, 4.5	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 10 Prüfzeit: 8 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1413	

4.4.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie

Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.4.3 können - unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin den Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie besitzt.

04441*	Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung	191 20,67
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung,	
	• Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36882, 36883 und Kapitel 4.4.1, 4.4.2, 4.5	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 20 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen	
04442*	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxisitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	191 20,67
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Intensive, aplasieinduzierende und/oder	
	• Toxisitätsadaptierte Behandlung,	
	• Erfassung und Dokumentation der Toxizität,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36882, 36883 und Kapitel 4.4.1, 4.4.2, 4.5	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 20 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen	
04443*	Zusatzpauschale intensivierete Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen	191 20,67

Obligater Leistungsinhalt

- Intensivierte Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder
- Intensivierte Nachbehandlung nach allogener oder autologer Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen und/oder
- Nachbetreuung von Patienten mit Stammzellentransplantation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung des spezifischen Therapieschemas
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 36882, 36883 und Kapitel 4.4.1, 4.4.2, 4.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen

4.5 Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung**4.5.1 Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen**

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.5.1 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungsposition 04527 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen (s.o.) können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie besitzt. Zusätzlich kann die Nr. 04527 auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ berechnet werden.

04511* Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie**835**
90,37**Obligater Leistungsinhalt**

- Ösophagoskopie und/oder
- Ösophagogastroskopie und/oder
- Ösophagogastroduodenoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Foto-/Videodokumentation(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- 13 C Harnstoff Atemtest (Nr. 02400),
- Ureasenachweis, einschl. Kosten,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en),
- Fremdkörperentfernung(en),
- Blutstillung(en),
- Prämedikation, Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoximetrie

Anmerkung Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung des 13 C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02400, 04513

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, z.B. 680, 681, 682, 683, 684, A 619*

04512*

Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung

513
55,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle der Sonde,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fixierung der Sonde

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 04515

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, 691, 693, 694.

04513*

Perkutane Gastrostomie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

990
107,14

Obligatorer Leistungsinhalt

- Perkutane Gastrostomie,
- Gastroskopie (Nr. 04511),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde,

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02320, 02340, 02341, 04511 im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 31 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, 670, 682.

04514*

Zusatzpauschale Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

1766
191,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polyp(en)abtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,

- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung
- Foto-/Videodokumentation(en),
- Nachbeobachtung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallsausrüstung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Darstellung des terminalen Ileums,
- Probeexzision(en),
- Prämedikation, Sedierung ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoximetrie

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04514 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 02401, 04518

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04515*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514

592
64,07

Obligatorer Leistungsinhalt

- Einführen eines jejunalen Schenkels durch den Pylorus bei gastroösophagealem Reflux oder Magenentleerungsstörung (PEJ)
- und/oder
- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en)
- und/oder
- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en)
- und/oder
- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen bzw. Mukosektomie mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
- und/oder
- Ösophagus-Manometrie bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 01742, 04512

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04516*

Zusatzpauschale Rektoskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

85
9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polyp(en)abtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Blutstillung,

- Fremdkörperentfernung,
- Gewebebiopsie(n) und Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Prämedikation, Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoximetrie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 03331, 04331, 08333, 13257, 30600

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04517***Rektumsaugbiopsie bei einem Säugling oder Kleinkind****186**
20,13**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen incl. Darmreinigung vor dem Eingriff und zu einer Sedierung,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Darmreinigung,
- Mindestens 3 Biopsien in unterschiedlicher Höhe ab Anocutanlinie und Veranlassung einer histologischen Untersuchung einschließlich Acetylcholinesterase-Reaktion

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation, Sedierung ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoximetrie

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 18 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04518***Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen****1080**
116,88**Obligatorer Leistungsinhalt**

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Gebührenordnungsposition 04514 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

und/oder

- Sigmoidoskopie

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04518 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13422, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 04514

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 688, 689.

04520***Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518****262**
28,36**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Fremdkörperentfernung(en)
- und/oder
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
- und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
- und/oder
- Blutstillung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04420, 04221, 04410, 04411, 04413, 01414, 01415, 04416, 04419, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 04580, 36881, 36882, 36883

in derselben Sitzung 01742, 02300, 02301, 02302, 13423

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 695, 696.

04521*

Saugbiopsie des Dünndarms bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

179
19,37

Obligater Leistungsinhalt

- Saugbiopsie des Dünndarms bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en)

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04521 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4
in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02320

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 697

Kommentar:

Die Leistung kann bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern oder Jugendlichen abgerechnet werden.

04523*

Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers

209
22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

04525*

Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers

209
22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Dünndarm-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

04527* Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers **209**
22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Behandlung von Nieren-/Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ist die Gebührenordnungsposition 04527 nur von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04561 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

04528* Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen- Transplantatträgers **1139**
123,27

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nummer 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04528 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskapsel.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04528 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

04529* Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **2435**
263,53

Obligatorer Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04529 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04220, 04221 und Kapitel 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 75 **Prüfzeit:** 60 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

4.5.2 Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.5.2 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungsposition 04537 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Kardiologie“ berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie besitzt.

04530* Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie

377
40,80

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit graphischer(-en) Registrierung(en) ab dem vollendeten 5. Lebensjahr und/oder
- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und/oder
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung ab dem vollendeten 5. Lebensjahr und/oder
- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von bronchospasmolytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve bei in- und expiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und grafischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr und Jugendlichen,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr und Jugendlichen,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
 - in Ruhe
 - und/oder
 - unter definierter und reproduzierbarer Belastung
 - und/oder
 - unter Sauerstoffinsufflation
- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Entgegen I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04530 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die

Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes verfügt.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04536 und Kapitel 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4 in derselben Sitzung 02330

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04532*

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests

375
40,58

Obligater Leistungsinhalt

- Wiederholte Messungen mit Darstellung der Druckflusskurve oder
- quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bronchospasmolysebehandlung nach Provokation

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04532 ist nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04532 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche notfallmedizinische Versorgung.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04536, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04534*

Ergospirometrische Untersuchung

407
44,05

Obligater Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe ab dem vollendeten 5. Lebensjahr,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Graphik“

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36882, 36883 und Kapitel 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 606*

Kommentar:

Die Leistung nach 04534 kann im Quartal nicht neben internistisch-diagnostischen Leistungen berechnet werden.

04535*

Schweißtest

78
8,44

Schweißtest zur Mukoviszidose-Diagnostik

Obligater Leistungsinhalt

- Gewinnung von Schweiß zur Bestimmung des Elektrolytgehaltes,

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 04535 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36882, 36883 und Kapitel 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 752

04536* Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse **131**
14,18

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmung in Ruhe und/oder
- Bei Belastung und/oder
- Zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02330, 13256, 13661, 32247, 36884
 im Behandlungsfall 04530, 04532, 13250 und Kapitel 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3710*

04537* Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers **209**
22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04420, 04221, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.4.2, 4.4.3, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

4.5.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.5.3 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungsposition 04537 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinderkardiologie“ berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie besitzt.

Zusätzlich kann die Nr. 04537 auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinderkardiologie“ berechnet werden.

04550* Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie **191**
20,67
 Behandlung und/oder Betreuung eines Kindes oder Jugendlichen mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen:

- chronische Arthritis, Kollagenose, Vaskulitis,
- systemische autoinflammatorische Erkrankung (z.B. periodisches Fiebersyndrom, PAPA, Blau-Syndrom, chronische Osteitis/Osteomyelitis),
- andere entzündlich rheumatische Systemerkrankung (z.B. M. Behcet, Sarkoidose, chronische idiopathische Uveitis),

- chronisches, funktionsbeeinträchtigendes, lokalisiertes oder generalisiertes Schmerzsyndrom mit Manifestation am Bewegungsapparat (Fibromyalgie),

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines Kindes oder Jugendlichen mit chronischer rheumatischer Erkrankung,
- Erhebung der Krankheitsaktivität rheumatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mittels visueller Analogskala bzw. numerischer Ratingskala,
- Anleitung und Führung der Bezugsperson(en),
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufstellung eines Behandlungsplanes mit Bezugsperson(en),
- Konsiliarische Erörterung mit dem überweisenden Arzt bzw. mit dem hausärztlichen Kinderarzt,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Beratung bezüglich Schule, Ausbildung und Berufswahl,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

04551*

Zusatzpauschale spezielle kinderrheumatologische Funktionsdiagnostik

Pädiatrisch-Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment zur Verlaufskontrolle mindestens einer gesicherten rheumatologischen Erkrankung oder zur Abklärung bei Verdacht auf mindestens eine der nachfolgenden Erkrankungen:

- chronische Arthritis
- Kollagenose
- Vaskulitis
- systematische autoinflammatorische Erkrankung (z.B. periodisches Fiebersyndrom, PAPA, Blau-Syndrom, chronische Osteitis/Osteomyelitis)
- andere entzündlich rheumatische Systemerkrankung (z.B. M. Behcet, Sarkoidose, chronische idiopathische Uveitis)
- chronisches, funktionsbeeinträchtigendes, lokalisiertes oder generalisiertes Schmerzsyndrom mit Manifestation am Bewegungsapparat (Fibromyalgie),

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisiertem qualitätsgesichertem Fragebogen (Childhood Health Assessment Questionnaire = CHAQ)
und/oder
- Erhebung des BASDAI bei Jugendlichen mit Morbus Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritis
und/oder
- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematoses
und/oder
- Erhebung des BIVAS bei Vaskuliden
und/oder
- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei Myositiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der Krankheitsaktivität rheumatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mittels visueller Analogskala bzw. numerischer Ratingskala,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

161

17,42

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.4, 4.5.5, 4.4

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

4.5.4 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.5.4 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 04560 und 04561 können – unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04562, 04564 bis 04566 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572 und 04573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

3. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 04564 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder bei Apherese entsprechend der Gebührenordnungsposition 04572 oder 04573 schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 04564 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Gebührenordnungspositionen 04565 und 04566 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.

4. Neben den Gebührenordnungspositionen 04564 bis 04566, 04572 und 04573 sind aus den Abschnitten II-1.1, II-1.2, II-1.3, und II-1.4 nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

5. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. von Apherese handelt, nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04564 bis 04573 berechnungsfähig.

6. Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066, bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 04565 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen (s.o.) können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie besitzt. Für die Erbringung von Leistungen der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren sind nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses erleichterte fachliche Voraussetzungen nachzuweisen. Ferner muß er im Besitz einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Dialyse-Behandlung und/oder LDL-Elimination sein.

Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04564 (Zusatzpauschale) bei einer Zentrums- oder Praxisdialyse oder der Nrn. 04572 oder 04573 (Zusatzpauschalen) bei Aphereseverfahren setzt die ständige Anwesenheit des Arztes voraus. Dagegen genügt für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04564 (Zusatzpauschale) bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse bzw. 04565 und 04566 (Zusatzpauschale und Zuschlag) bei CAPD oder CCPD die ständige Bereitschaft des Arztes.

Neben den Pauschalen nach den Nrn. 04564 bis 04566, 04572 und 04573 sind aus den allgemeinen Gebührenordnungspositionen nur folgende Leistungen abrechnungsfähig:

- Nrn. 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
- Nrn. 01220 bis 01222 Reanimationskomplex

- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01411, 01412 und 01415 Besuch.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Neben den Zusatzpauschalen nach den Nrn. 04564 bis 04573 können Leistungen nach den Abschnitten 2.1 (Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen) und 2.3 (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) dann nicht abrechnungsfähig, wenn es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung oder zur Beendigung von Dialyse oder Apherese handelt.

Während einer Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung dürfen weder vom Dialysearzt noch von einem Arzt, an den ein entsprechender Überweisungsauftrag gerichtet wurde, folgende Laborleistungen abgerechnet werden:

32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32065 (Harnstoff), 32066 bzw. 32067 (Kreatinin), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32081 (Kalium), 32082 (Calcium), 32083 (Natrium), 32086 (Phosphor anorganisch) und 32112 (PTT). Bei Abrechnung der Nr. 04565 (Zusatzpauschale bei CAPD oder CCPD) ist auch die Nr. 32036 (Leukozytenzählung) in gleicher Weise nicht abrechnungsfähig.

04560* Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten

209
22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche und/oder
- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit nephrotischem Syndrom,
- Aufklärung über ein Dialyse-und/oder Transplantationsprogramm,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04562, 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, ggf. analoger Ansatz der Nr. 15.

04561* Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantatträgers

209
22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04562, 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

Der Kommentar von Wezel/Liebold rät den analogen Ansatz der GOÄ Nr. 15.

Kommentar: Eine Abrechnung der Nr. 04561 nach Nierentransplantation ist auch für möglich, wenn zuvor bereits die Nr. 04560 berechnet wurde, da sich keine Ausschlußbestimmung findet.

04562* Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten **302**
32,68

Obligator Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Nr. 32247),
- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04560, 04561, 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 23 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, ggf. analoger Ansatz der Nr. 15.

04563* Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) **950**
102,81
Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten)
neu ab 01.04.2017

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht Nein

04564* Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), **149**
16,13

Abrechnungsbestimmung je Dialysetag

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04564 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4 in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, ggf. Nrn. 785, 786, 790 – 792.

04565* Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD) eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen **74**
8,01

Abrechnungsbestimmung je Dialysetag

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04565 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 793

04566* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse **225**
24,35

Abrechnungsbestimmung je vollendeter Trainingswoche

Anmerkung Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens 3 Hämodialysetage oder mindestens 4 von 7 Peritoneladialysetagen.

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04566 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 790

04572* Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen bei LDL-Apherese Nr. 1 Anlage I: „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des gemeinsamen Bundesausschusses **149**
16,13

Abrechnungsbestimmung je Apherese

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Massnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04572 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, ggf. analoger Ansatz der Nr. 792.

04573* Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des gemeinsamen Bundesausschusses **149**
16,13

Abrechnungsbestimmung je Apherese

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Massnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04573 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13256, 32247 und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen, ggf. analoger Ansatz der Nr. 792.

4.5.5 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie

Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.a-4.5.5 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie berechnet werden.

Kommentar:

Unter der Voraussetzung des Nachweises zusätzlicher Qualifikationen gem. Abschnitt I.3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Leistungen dieses Abschnitts nur abgerechnet werden, wenn der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie besitzt.

04580* Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion **166**
17,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion,
- Einleitung, ggf. Durchführung und Verlaufskontrolle einer entsprechenden medikamentösen oder operativen Therapie bzw. Strahlentherapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung einer endokrinologischen Stufendiagnostik (z.B. Insulin-Hypoglykämietest, Releasing-Hormon-Test, Durstversuch),
- Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall und Kapitel 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4, 36.6.3, 4.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Erbrachte Einzelleistungen berechnen.

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen

5.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01852, 01856, 01857, 01903, 01910, 01913, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02360 und 02510 bis 02512.

4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30800 und 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 38100 und 38105, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.7, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 und Nrn. 38100 und 38105, sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33 und IV-35.

5. Voraussetzung für die Berechnung von anästhesiologischen Gebührenordnungspositionen ist ein im Rahmen der Qualitätssicherung definiertes Narkosemanagement, das die notwendigen fachlichen und personellen Bedingungen (wie z.B. EKG-Monitoring, Ausrüstung zur Reanimations- und Schockbehandlung, Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten für die Überwachungszeit) sowie eine entsprechende fachspezifische Dokumentation beinhaltet.

6. Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandards eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten erforderlich.

7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

8. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen ist nur berechnungsfähig bei:

- Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.

9. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege ist nur berechnungsfähig bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.

10. Außer bei den in der Präambel Nr. 8 und 9 genannten Indikationen können Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopi-

5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen

schen Untersuchungen der Verdauungswege nur berechnet werden bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.

11. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 – also die Leistungen nach den Nrn. 05210 bis 05372 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden

- von Fachärzten für Anästhesiologie oder
- von Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Leistungen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 1420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie,
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentsplan,
 - Nr. 01701 Grundpauschale Prävention,
 - Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein,
 - Nrn. 01800 bis 01813 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis,
 - Nr. 01852 Präanästhesiologische Untersuchung,
 - Nr. 01856 Narkose im Zusammenhang mit Sterilisation,
 - Nr. 01857 Beobachtung, Betreuung nach Sterilisation,
 - Nr. 01903 Präanästhesiologische Untersuchung,
 - Nr. 01910 Beobachtung und Betreuung nach Schwangerschaftsabbruch (mehr als 2 Stunden),
 - Nr. 01913 Narkose im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch,
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nr. 02100 Infusion,
 - Nr. 02101 Infusionstherapie,
 - Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion,

- Nr. 02200 Tuberkulintestung,
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter,
- Nr. 02330 Arterienpunktion,
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion,
- Nrn. 02340 bis 02343 Punktion, Lumbalpunktion, Pleuradrainage,
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation,
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nrn. 30610, 30611 Hämorrhoidenbehandlung
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie,
 - 30.2 Chirotherapie,
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung,
 - 30.5 Phlebologie,
 - 30.7 Schmerztherapie,
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA,
 - 31.2 Ambulante Operationen,
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe,
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich,
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen,
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen,
 - 36.2 Belegärztliche Operationen,
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen,
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor,
 - 33 Ultraschalldiagnostik,
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Zu berücksichtigen sind ein im Rahmen der Qualitätssicherung definiertes Narkosemanagement mit fachspezifischer Dokumentation sowie Untersuchung, Beratung, Aufklärung und postoperative Überwachung nach einheitlichen Qualitätsstandards.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Besondere Voraussetzungen gelten für Narkosen nach Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen. Diese sind nur abrechnungsfähig.

- bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, wenn aus bestimmten Gründen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist, mit Angabe einer ICD-Codierung mit Begründung,
- bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder Dyskinesie mit Angabe einer ICD-Codierung mit Begründung,
- bei definierten operativen visceralchirurgischen Eingriffen nach Abschnitt 31.2.8, wenn eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.

Bei endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege ist eine Narkose nur abrechnungsfähig bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder Dyskinesie.

Ansonsten dürfen Anästhesien im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung, mund- kiefer-, gesichtschirurgischer Behandlung oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege nur noch abgerechnet werden, wenn eine Kontraindikation gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung vorliegt. Die Angabe einer ICD-Codierung mit Begründung ist dann erforderlich.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

5.2 Anästhesiologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

05210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

210
10,50

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 9**Prüfzeit:** 8**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

05211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

95
10,28

Abrechnungsausschluss siehe Nr. 05210.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 9 Prüfzeit: 8 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: siehe Nr. 05210..

05212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **111**
Abrechnungsausschluss siehe Nr. 05210. **12,01**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: siehe Nr. 05210.

05220 Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner **75**
 Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 **8,12**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 05220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.** **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

05222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05220 **20**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **2,16**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.** **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

05227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 **3**
Abrechnungsbestimmung: einmal im Behandlungsfall **0,32**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschlüsse im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht: Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung: Nein

05230* Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines **57**
 anderen Arztes oder Zahnarztes zur Durchführung der Leistung entsprechend der **6,17**
 Gebührenordnungspositionen 01856 oder 01913, 31840, 31841, von Anästhesien/
 Narkosen des Kapitels 5 oder 31.

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05230 ist für Partner derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.** **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: bei Assistenz 61, bei Narkose Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistungen

Kommentar: Diese Leistung kann für das Aufsuchen in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes abgerechnet werden, um eine Anästhesie oder Narkose im Rahmen von

- EBM-Nr. 01856
- EBM-Nr. 01913
- Leistungen des Kapitels 5
- Leistungen des Kapitel 31

durchzuführen. Die Anästhesieleistung ist zusätzlich abzurechnen.

5.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

05310* Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte IV-31.2 bzw. IV-36.2 **179**
19,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05310 sind die Bestimmungen der Abschnitte IV-31.2 bzw. IV-36.2 zu beachten.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100, 02101, 02342, 05360, 05361, 05371, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31830, 31831, 36830, 36831

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: 8 + 3

Bei Anästhesieleistungen im Rahmen z.B. von CT- oder MRT-Untersuchungen kann diese Leistung nicht berechnet werden.

05315 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841 **15**
1,62

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05315 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

05320* Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis **166**
17,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis,
- Erfolgsnachweis durch fehlende Reaktion des Nervs oder Ganglions,
- Dokumentation mit Angabe des Nerven oder Ganglions

Fakultativer Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabolbulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05320 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02342, 05330, 05331, 05340, 05341, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: 495, 2599

Werden die Leistungen der Nr. 05320 im Rahmen der Schmerztherapie nach Kapitel 30.7 ausgeführt ist EBM-Nr. 30720 zu berechnen.

Für speziell erforderliche Anästhesien im Rahmen augenärztlicher Operationen steht zusätzlich die Nrn. 31801 durch den Operateur, der einen ambulanten oder belegärztlichen Eingriff der Kategorien U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 erbringt zur Verfügung.

05330* Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: **840
90,91**

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

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 05320, 05340, 05341, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 43 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Struktur in GOÄ anders. Ggf. Nrn. 451, 452, 460, 46, 462, 463, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 476, 477, 478, 479, eventuell zusätzlich Nrn. 446 oder 447

Kommentar: Diese Leistung honoriert die ersten 15 Minuten einer Anästhesie im Zusammenhang mit einem Eingriff, gleich welcher Art. Jede weitere vollendete 15 Minuten kann die Zuschlagsziffer nach Nr. 05331 angesetzt werden.

Werden zu den ambulant- oder belegärztlichen Operationen aus dem Abschnitt 31.2 Anästhesien und/oder Narkosen ausgeführt, so sind diese mit ihren EBM-Leistungsziffern den jeweiligen Operationskategorien/Schwierigkeitsgraden (Kategorie 1 bis Kategorie 7) zugegliedert.

05331* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose, **248
26,84**

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 05320, 05340, 05341, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Zuschlag-Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Daher ggf. Nrn. 452, 460, 461, 462, 463, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479

Kommentar: Bei einer Anästhesie und/oder Narkose nach EBM-Nr. 05330 über 15 Minuten ist ein Zuschlag nach Nr. 05331 für je weitere vollendete 15 Minuten abrechenbar

05340* Überwachung der Vitalfunktionen**138**
14,94**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by),
- Persönliche Anwesenheit des Arztes,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02342, 05320, 05330, 05331, 05341, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**Kommentar:**

Die Anwesenheit eines Anästhesisten reicht für die Abrechnung nicht aus. Der Anästhesist muss die obligaten Leistungs- und ggf. die fakultativen Leistungsinhalte der Überwachung der Vitalfunktion und Überprüfung des kontinuierlichen EKG-Monitorings erbringen. Die Nr. 05340 kann je vollendeten 15 Minuten Schnitt-Nahtzeit abgerechnet werden.

05341* Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationärsersetzenden Eingriffs gemäß § 115b SGB V**138**
14,94**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa,
- Intravenöser Zugang und/oder Infusion,
- Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01913, 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05360, 05361, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und Kapitel 31.5.3, 36.5.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**Kommentar:**

Die Leistungen nach den Nrn. 05330 oder 05341 können nicht zur Sedierung/Analgesie bei endoskopischen Untersuchungen abgerechnet werden.

05350* Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05330**502**
54,33**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Beobachtung und Betreuung für mindestens 2 Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,

- Nachinjektion in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Plexus-, Spinal-, oder Periduralkatheter,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Haben an der Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05330 mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungsposition 05350 abrechnende Arzt mit der Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass kein anderer Vertragsarzt die Beobachtung und Betreuung berechnet hat.

Die Gebührenordnungsposition 05350 kann auch dann berechnet werden, wenn eine ambulante Anästhesie/Narkose nach der Gebührenordnungsposition 05330 zur Durchführung von vertragszahnärztlichen Leistungen erbracht wurde und die Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit über mindestens zwei Stunden erfolgte.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02340, 02341, 02342, 05360, 05361, 05371, 13256, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 32247, 36884 und Kapitel 31.3, 31.5, 36.3, 36.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. **Wezel/Liebold** schlägt ggf. zum ... „Ausgleich einen höheren Multiplikator zu den Anästhesie-Nummern...“ vor.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 05330 endet erst mit der Stabilisierung der Vitalfunktionen. Erst danach kann ggf. die Leistung nach Nr. 05350 mit einer 2stündigen Mindestzeit für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten angesetzt werden.

Anästhesien und/oder Narkosen im Rahmen ambulanter und belegärztlicher Operationen werden nach den Leistungspositionen des Kapitels 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2 abgerechnet.

5.4 Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts III.b-8.4 (auch bei Erbringung durch einen anderen Arzt) berechnungsfähig.

2. Haben an der Erbringung einer dieser Leistungen mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

Kommentar:

Die Leistungen nach den Nrn. 05360 und 05361 können nur im Zusammenhang mit Leistungen der Geburtshilfe (Abschnitt 8.4) abgerechnet werden, auch wenn die geburtshilflichen Leistungen von einem anderen Arzt erbracht werden.

Waren mehrere Ärzte an der Erbringung einer der Leistungen beteiligt, muss derjenige, der die Leistung abrechnet, in einer von ihm unterzeichneten Erklärung eine Absprache mit den anderen Ärzten über die Exklusivität seiner Abrechnung bestätigen.

05360* Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416

357
38,64

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anlage eines Katheters zur Durchführung einer Periduralanalgesie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandswechsel

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02342, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 30702, 30704, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 30790, 30791 und Kapitel 31.5, 36.5

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: z.B. 451, 460, 469, 476 und die jeweils der hier angegebenen GOÄ Nr. folgenden GOÄ Nrn.

Kommentar: Bei Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe nach Kap. 8.4. können ggf. erforderliche Leistungen nach EBM Nrn. 05360 – 05372 abgerechnet werden.

05361* **Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05360** **164**
17,75

Obligater Leistungsinhalt

- kontinuierliches EKG-Monitoring,
- kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Dauer mindestens 30 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02342 und Kapitel 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: z.B. 451, 460, 469, 470, 476 und die jeweils der hier angegebenen GOÄ Nr. folgenden GOÄ Nrn.

Kommentar: Bei Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe nach Kap. 8.4. können ggf. erforderliche Leistungen nach EBM Nrn. 05360 – 05372 abgerechnet werden.

05370* **Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 08415, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:** **675**
73,05

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intubationsnarkose

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesie oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion eines Lokalanästhetikums in den liegenden Katheter,
- Durchführung einer Spinalanästhesie,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02342 und Kapitel 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 39 **Prüfzeit:** 27 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: z.B. 451, 460, 469, 476 und die jeweils der hier angegebenen GOÄ Nr. folgenden GOÄ Nrn.

Kommentar: Bei Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe nach Kap. 8.4. können ggf. erforderliche Leistungen nach EBM Nrn. 05360 – 05373 abgerechnet werden.

05371* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose, **244**
26,41

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 05371 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02342 und Kapitel 5.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: z.B. 451, 460, 469, 470, 476 und die jeweils der hier angegebenen GOÄ Nr. folgenden GOÄ Nrn.

Kommentar: Bei Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe nach Kap. 8.4. können ggf. erforderliche Leistungen nach EBM Nrn. 05360 – 05372 abgerechnet werden.

05372* Beobachtung und Betreuung eines Patienten im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05370 **509**
55,09

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung für mindestens 2 Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Nachinjektion(en) in den liegenden Periduralkatheter

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01220, 01221, 01222, 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 02100, 02101, 02340, 02341, 02342, 13256, 30708, 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 32247, 36884

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: z.B. 451, 460, 469, 470, 476 und die jeweils der hier angegebenen GOÄ Nr. folgenden GOÄ Nrn.

Kommentar: Bei Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe nach Kap. 8.4. können ggf. erforderliche Leistungen nach EBM Nrn. 05360 – 05372 abgerechnet werden.

6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen

6.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Augenheilkunde berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949, 01950, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02360 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800 und 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

6. Die Gebührenordnungsposition 06225 kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch (einen) konservativ(e) tätige(n) Augenarzt/-ärzte erfolgt ist. Ein Augenarzt ist konservativ tätig,

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und berechnet hat: 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 31371 bis 31373, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36371 bis 36373
- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine Leistung(en) erbracht und berechnet hat, die auf regionaler Ebene den o.g. Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind,
- Erfolgt in einem Behandlungsfall die Inanspruchnahme sowohl eines/von konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten als auch eines/von nicht konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten gemäß obiger Definition, so kann die Gebührenordnungsposition 06225 nicht berechnet werden.
- Mit der Angabe der Abrechnung erfolgt die Erklärung des Arztes, dass die genannten Voraussetzungen zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 06225 für alle Behandlungsfälle, auch außerhalb der kollektivvertraglichen Versorgung, erfüllt worden sind.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 6 – also die Leistungen nach den Nrn. 06210 bis 06352 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Augenheilkunde abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für Augenärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall,

- Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 1420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis,
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung,
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01630 Medikamentationsplan,
- Nr. 01701 Grundpauschale Prävention,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein,
- Nrn. 01800 bis 01813 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis,
- Nr. 01950 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nrn. 31371 bis 31373 Intravitreale Medikamenteneingabe am Auge
 - Nrn. 36371 bis 36373 Intravitreale Medikamenteneingabe am Auge
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe

6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen

- 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 36.2 Belegärztliche Operationen
- 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Mit der Neueinführung eines Zuschlags zur Grundpauschale für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte zum 1.1.2012 wurde eine Definition dieser Arztgruppe geliefert, die sich anhand der Leistungen bestimmt, deren Erbringung und Abrechnung eine Eingruppierung als konservativ tätiger Augenarzt ausschließen. Auch wenn diese Leistungen außerhalb des Kollektivvertrages erbracht und abgerechnet werden, kann der spezielle Zuschlag für konservativ tätige Ärzte im Kollektivvertrag nicht abgerechnet werden. Der letzte Absatz der Nr. 6 wird eine Ergänzung der sogenannten „Abrechnungssammelerklärung“ erforderlich machen.

6.2 Augenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik,
- Bestimmung des Visus,
- Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung,
- Bestimmung des Interferenzvisus,
- Untersuchung des Dämmerungssehens,
- Tonometrische Untersuchung,
- Gonioskopie,
- Spaltlampenmikroskopie,
- Beurteilung des zentralen Fundus,
- Messung der Hornhautkrümmungsradien,
- Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen,
- Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe,
- Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Stereopsis,

- Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-)Strabismus,
- Prüfung der Pupillenfunktion,
- Prüfung des Farbsinns,
- Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit,
- Bestimmung der break-up time,
- Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack,
- Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen,
- Kontrolle vorhandener Sehhilfen,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

06210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahres

154**16,67**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

06211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

127**13,74**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601

in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

06212

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

150**16,23**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601

in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

06220 Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **21**
2,27

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 06220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

06222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 06220 **6**
0,65

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 06222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

06225 Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1 **111**
12,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 11 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

06227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 **2**
0,22

Abrechnungsbestimmung: einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschlüsse: im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht: Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für fachärztliche Grundversorgung: Nein

6.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

06310 Fortlaufende Tonometrie **88**
9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Verlaufsbestimmung des Augeninnendrucks durch mindestens 4 tonometrische Untersuchungen an demselben Tag und/oder

- Bestimmung des Abflusswiderstandes mittels fortlaufender Tonometrie,
- Ein- und/oder beidseitig

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31716, 31717, 31718, 31719, 31720, 31721, 31722, 31723 am Behandlungstag 31716, 31717, 31718, 31719, 31720, 31721, 31722, 31723, 31724, 31725, 31726, 31727, 31728, 31729, 31730, 31731

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1257*

Kommentar: Am Behandlungstag ist die Leistung nicht neben postoperativen Behandlungen nach durchgeführten Eingriffen im Rahmen der intraokularen oder Laserchirurgie nach den Kategorien V1 bis V7 bzw. W1 – W7 abrechnungsfähig und nicht innerhalb von 21 Tagen neben postoperativen Behandlungen nach Nr. 31716 bis 31723 abrechenbar. Dies gilt unabhängig davon, ob der augenärztliche Operateur oder ein anderer Augenarzt die Leistung durchführt.

06312* **Elektrophysiologische Untersuchung** **179**
Obligatorer Leistungsinhalt **19,37**

- Bestimmung visuell evozierter Hirnpotentiale und/oder
- Elektrookulographie und/oder
- Elektroretinographie,
- Ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 1237

06320 **Zusatzpauschale Untersuchung und Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr** **212**
Obligatorer Leistungsinhalt **22,94**

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en) und/oder
- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Refraktionsbestimmung in Zykloplegie,
- Anpassung einer Prismenbrille,
- Messung der Akkommodationsbreite,
- Durchführung pleoptischer Übungen,
- Durchführung orthoptischer Übungen,
- Okklusionstherapie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 06321

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Wichtig ist für die Abrechnung der Leistung nach Nr. 06320, dass der Patient zum Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme des Arztes noch nicht das 5. Lebensjahr vollendet hat d. h. noch nicht den 6. Geburtstag hatte. Hat der Patient das 5. Lebensjahr vollendet ist die Nr. 06321 abzurechnen.

06321 **Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte ab Beginn des 6. Lebensjahres** **180**
Obligatorer Leistungsinhalt **19,48**

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en) und/oder
- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Refraktionsbestimmung in Zykloplegie,
- Anpassung einer Prismenbrille,
- Messung der Akkommodationsbreite,
- Durchführung pleoptischer Übungen,

- Durchführung orthoptischer Übungen,
 - Okklusionstherapie,
- Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall
Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 06320

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Mit Beginn des 6. Lebensjahres ist diese Leistung statt der Nr. 06320 abrechenbar. Um die Leistung nach Nr. 06321 zu erbringen und abzurechnen, reicht der Verdacht auf eine krankhafte Störung.

06330 Perimetrie 140 15,15

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rechnerisch gestützte schwellenbestimmende Perimetrie an mindestens 50 Prüferten und/oder
- Indikationsbezogene gleichwertige Perimetrie,
- Dokumentation,
- Ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Statistische Trendanalyse

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1225 bis 1227

Kommentar: Nach dieser Leistung können verschiedene Formen der Perimetrie abgerechnet werden; wenn die Perimetrie (an mind. 50 Prüferten) gleichwertige Ergebnisse liefert zur rechnerisch gestützten schwellenbestimmten Perimetrie.

06331* Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund einschl. Applikation des Teststoffes (Fluoreszein-Natrium oder Indozyanin), einschl. Sachkosten 437 47,29

Obligatorer Leistungsinhalt

- Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund,
- Applikation des Teststoffes (Fluoreszein-Natrium oder Indozyanin),
- Befundauswertung,
- Ein- und/oder beidseitig

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 06332
 in derselben Sitzung 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 06350, 06351, 06352

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1248, 1249

06332* Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin gemäß den Beschlüssen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich Sachkosten mit Ausnahme von Verteporfin 2231 241,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Fluoreszenzangiographie(n),
- Beurteilung des zentralen Fundus,
- Untersuchung mit der Spaltlampe,
- Aufklärung des Patienten,
- Vorbereitung und Applikation von Verteporfin,
- Berechnung und Einstellung des Areal,
- Laserbeleuchtung,

- Nachbetreuung,
- Lichtschutzmaßnahmen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachfolgende fluoreszenzangiographische Untersuchung(en) bei akuter Visusverschlechterung,
- Tonometrie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 06332 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 06331

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 06350, 06351, 06352

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 40 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar:

Siehe: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) vom 1. Oktober 2006 in der Fassung vom 18. Juli 2014 –

<http://www.kbv.de/media/sp/PDT.pdf> (es folgen Ausschnitte)

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen**§ 1 Ziel und Inhalt**

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin bei

1. altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation,
2. subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von maximal 5400 Mikrometer

Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Photodynamischen Therapie(n) am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach der Nummer 06332 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM))

§ 4 Apparative Voraussetzungen

Die sachgerechte Durchführung der PDT erfordert die Verwendung eines Lasergerätes (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren. Die Geräte müssen über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz verfügen. Die Erfüllung der Anforderungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

§ 5 Dokumentation

Der Arzt ist verpflichtet, die Indikation und die Durchführung der PDT zu dokumentieren. Die schriftliche Dokumentation muss bei einer Erstbehandlung mindestens folgende Angaben beinhalten:

1. Name und Alter des Patienten
2. Krankheitsverlauf (Zeitpunkt von Sehverschlechterung und ggf. Metamorphopsien.)
3. Aktueller Visus (mit bester Korrektur)
4. Fundusbefund (subretinale Flüssigkeit, subretinales Blut, Drusen, intraretinale Lipidablagerungen, seröse/fibröse Pigmentepithelabhebung)
5. Fluoreszeinangiographischer Befund (Staining, Leckage, Lokalisation der Läsion, Angabe des Anteils der klassischen Membran beziehungsweise der okkulten Membran in Prozent, Angabe der CNV-Größe in Papillenflächen)

6. Diagnose. Bei der Diagnose „pathologische Myopie“: Angabe der Refraktion oder Bulbuslänge

7. Photodynamische Therapie (Datum, Art und Menge des injizierten Wirkstoffes in ml, Spotgröße des Behandlungsstrahles); ggf. Angabe des Datums von vorherigen photodynamischen Therapien

Die bildliche Dokumentation muss jeweils mindestens ein repräsentatives fluoreszenzangiographisches Bild als Leeraufnahme sowie aus früher (arterieller oder arteriovenöser) und später (länger als drei Minuten ab Injektion) Phase enthalten. Die Qualität der Aufnahmen muss ausreichend sein, um die Indikationsstellung nachvollziehen zu können und darf keine Mängel nach § 6 Abs. 3 aufweisen.

Siehe auch: über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“) in der Fassung vom 17. Juni 1992 veröffentlicht im Bundesanzeiger 1992; Nr. 183b zuletzt geändert am 19. Oktober 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005; Nr. 2: S. 89 in Kraft getreten am 6. Januar 2005 –

https://www.uni-marburg.de/fb01/lehrstuehle/oeffrecht/dahm/vermat_dahm/vl_dahm/vo_rl/hilfsmittelr

06333

Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes

51
5,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1242

Kommentar: Die Leistung ist für jedes Auge getrennt abrechenbar.

Kommentar: Die Leistung ist für jedes Auge getrennt abrechenbar.

06334

Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am rechten Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31373, 36371 oder 36373

100
10,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung und Betreuung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination ärztlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 06334 ist im Zeitraum von 6 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge ist anzugeben. Die Gebührenordnungsposition 06334 ist im Zeitraum von 28 Tagen einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06334 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge berechnungsfähig. Sofern bei der Erbringung der Gebührenordnungsposition 06334 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 6 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge, höchstens einmal innerhalb von 28 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge erfolgt.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

06335

Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am linken Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31372, 31373, 36372 oder 36373

100
10,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

- Beratung und Betreuung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination ärztlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 06335 ist im Zeitraum von 6 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge ist anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 06335 ist im Zeitraum von 28 Tagen einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06335 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge berechnungsfähig. Sofern bei der Erbringung der Gebührenordnungsposition 06335 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 6 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge, höchstens einmal innerhalb von 28 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge erfolgt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

06340

Anpassung einer Verbandlinse bei vorliegender Indikation gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

**131
14,18****Obligater Leistungsinhalt**

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Tränensekretionsmenge,
- Anpassung einer Verbandlinse für das andere Auge,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 06350, 06351, 06352

am Behandlungstag 31708, 31709, 31710, 31711, 31712, 31713, 31714, 31715, 31716, 31717, 31718, 31719, 31720, 31721, 31722, 31723, 31724, 31725, 31726, 31727, 31728, 31729, 31730, 31731

im Behandlungsfall 06341, 06342

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden.

Kommentar:

Für die Versorgung mit Verbandslinsen sind die Indikationen nach den Hilfsmittel-Richtlinien maßgeblich:

VI. Feststellung der Verordnungsfähigkeit und Information des Kassenarztes**E.Sehhilfen**

60.13 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach

a) Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),

b) Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),

c) Verletzung,

d) Verätzung,

e) Verbrennung,

f) Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,

g) Keratoplastik,

h) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,

i) kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.

06341

Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

414
44,81

Obligatorer Leistungsinhalt

- Refraktionsbestimmung mit der (den) Kontaktlinse(n),
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Tränensekretionsmenge,
- Untersuchung der Linse und des Linsensitzes mit Fluorescein,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 06340, 06342

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 40 **Prüfzeit:** 40 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1211

Kommentar:

Für die Verordnungsfähigkeit Erstanpassung und Auswahl mit Kontaktlinsen sind die Indikationen nach den Hilfsmittel-Richtlinien maßgeblich:

Richtlinien über die **Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“ – 5. Januar 2005)**

VI. Feststellung der Verordnungsfähigkeit und Information des Kassenarztes**E. Sehhilfen****58. Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe**

58.1 Kontaktlinsen können nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen verordnet werden:

- j) Myopie ab 8,0 dpt,
- k) Hyperopie ab 8,0 dpt,
- l) irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird, m) Astigmatismus rectus und inversus ab 3,0 dpt,
- n) Astigmatismus obliquus (Achslage 45 ° +/- 30 °, bzw. 135 ° +/- 30 °) ab 2 dpt,
- o) Keratokonus,
- p) Aphakie,
- q) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
- r) Anisometropie ab 2,0 dpt.

58.2 Kontaktlinsen werden aus unterschiedlichen Materialien hergestellt. Es wird unterschieden zwischen:

- e) formstabilen Linsen (PMMA),
- f) formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (z. B. CAB, CAB/EVA, SiMMA, FSA),
- g) flexiblen (weichen) Linsen (wie z. B. HEMA-Copolymere [HEMA/MA/EGDMA u. a.], der HEMA-freie Materialien [MMA/VP u. a.]),
- h) Silicon-Linsen.

58.3 Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen ist in der Regel die Verordnung von formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (58.2 b) angezeigt. Die Verordnung flexibler (weicher) Kontaktlinsen bedarf einer besonderen Begründung, wobei ein ausreichender Trageversuch mit formstabilen Linsen durchgeführt worden sein soll.

58.4 Austauschsystem, Weichlinsen für die begrenzte (7 – 14tägige) Tragedauer sind nur dann verordnungsfähig, wenn formstabile Linsen nicht getragen werden können, konventionelle Weichlinsen aber wegen starker Verunreinigungen durch, mit konventionellen Reinigungsverfahren nicht entfernbaren, Eiweißabscheidungen in hoher Frequenz verworfen werden müssen.

58.5 Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, ist bei nach 58.1 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung

von Brillengläsern möglich. Bei Alterssichtigkeit sind ggf. zusätzliche Brillengläser verordnungsfähig.

58.6 Nicht verordnungsfähig sind:

58.6.1 Kontaktlinsen als postoperative Interimsversorgung (auch als Verbandlinse) einer corneachirurgischen Intervention zur Korrektur einer Refraktionsanomalie,

58.6.2 Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,

58.6.3 sog. One-Day-Linsen, 58.6.4 Reinigungs- und Pflegemittel.

Die Leistung nach Nr. 06341 ist nur einmal im Behandlungsfall = Quartalsfall abrechnungsfähig, auch wenn beide Augen behandelt werden.

Innerhalb des Behandlungsfalles = Quartalsfall sind 2 Arzt-Patienten-Kontakte mindestens erforderlich, um diese Leistung überhaupt abrechnen zu können. Erforderliche Überlegung zur Abrechnungsfähigkeit sind gegen Quartalsende sicher sinnvoll.

06342

Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Kontaktlinse(n)

76
8,23**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Refraktionsbestimmung mit der (den) Kontaktlinse(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) der Linse(n) und des Linsensitzes,
- Untersuchung(en) mit Fluorescein,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 06340, 06341

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1212, 1213

Auch wenn beide Augen behandelt werden, kann nur einmal die Leistung nach Nr. 06342 im Behandlungsfall = Quartalsfall abgerechnet werden.

06343

Bestimmung und/oder Anpassung von und/oder Einweisung in den Gebrauch von Fernrohr-, Lupenbrillen oder elektronischen Sehhilfen (z.B. Bildschirmvergrößerung),

207
22,40

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1215

06350

Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge

69
7,47**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Operativer Eingriff am Auge mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Einführung von/einer Verweilsone(n) und/oder
- Primäre Wundversorgung am Auge und/oder
- (Peri-)Orbitale operative Entfernung von Warzen oder anderen papillomvirusbedingten Hautveränderungen,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 06350 bis 06352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06350 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31321 oder 36321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 06350 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 06350.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2, 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06351, 06352

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, aber ggf. Wundversorgung nach Nrn. 2000 f.

Kommentar:

Wird die Leistung nach Nr. 06350 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht, so ist, wenn der Eingriff in Narkose erfolgte, die Leistung nach EBM-Nr. 31321 zu berechnen.

Wird der Eingriff nach Nr. 06351 von einem Nicht-Augenarzt ausgeführt, so kann dieser nur die Nr. 02300 abrechnen.

06351

Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge mittels Naht

118
12,77

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung am Auge mittels Naht und/oder
- (Peri-)Orbitale Exzision von Haut- oder Schleimhaut und/oder
- Operative Lösung von Verwachsungen der Bindehaut ohne plastische Deckung und/oder
- Operation des Flügelfells und/oder
- Thermo- oder Kryotherapie der Hornhaut und/oder der Bindehaut,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Siehe bei EBM-Nr. 06350.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 06351.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2, 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350, 06352

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, aber ggf. Wundversorgung nach Nrn. 2000 f.

Kommentar:

Wird die Leistung nach Nr. 06351 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht, so ist, wenn der Eingriff in Narkose erfolgte, die Leistung nach EBM-Nr. 31321 zu berechnen.

Wird der Eingriff nach Nr. 06351 von einem Nicht-Augenarzt ausgeführt, so kann dieser nur die Nr. 02301 abrechnen.

06352 **Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** **256** **27,71**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Entfernung eines oder mehrerer festsitzender Fremdkörper am Auge und/oder
- Operation des evertierten Tränenpünktchens und/oder
- Hintere Sklerotomie und/oder
- Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst (Chalazion) und/oder
- Sondierung des Tränen-Nasenganges bei Säuglingen und Kleinkindern oder Sprengung von Strikturen der Tränenwege, ggf. beidseitig und/oder
- Naht einer Bindehaut- oder einer nicht perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde, ggf. einschließlich Ausschneidung der Wundränder,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Siehe bei EBM-Nr. 06350.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350, 06351

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, aber ggf. Wundversorgung nach Nrn. 2000 f.

Kommentar: Wird die Leistung nach Nr. 06352 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht, so ist, wenn der Eingriff in Narkose erfolgte, die Leistung nach EBM-Nr. 31321 zu berechnen.

Wird der Eingriff nach Nr. 06352 von einem Nicht-Augenarzt ausgeführt, so kann dieser nur die Nr. 02302 abrechnen.

7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen

7.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Kinderchirurgie,
- Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie

berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen chirurgische Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664 und 13670 sowie bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungsposition 08320 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 26310, 26311, 26313 und 26320 berechnen.

4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01731, 01734, 01740 bis 01742, 01747, 01748, 01758, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01850, 01851, 01853 bis 01855, 01857, 01904, 01905, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02325, 02326, 02327, 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500 und 02510 bis 02512.

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800 und 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 7 – die Leistungen nach den Nrn. 07210 bis 07345 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Kinderchirurgie,
- Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie oder
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen chirurgische Leistungen erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen.

Für die oben genannten Vertragsärzte sind zusätzlich folgende arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen abrechnungsfähig: Nrn. 13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664, 13670; für Fachärzte für Kinderchirurgie sind auch noch folgende arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen abrechnungsfähig: Nrn. 26310, 26311, 26313 und 26320.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
 - Nrn. 01520, 01521 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken
 - Nrn. 01530, 01531 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentsplan,
 - Nr. 01701 Grundpauschale Prävention
 - Nr. 01731 Krebsfrüherkennung Männer
 - Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
 - Nrn. 01740 bis 01742 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, Koloskopischer Komplex
 - Nr. 01758 Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz,
 - Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
 - Nrn. 01800, 01802 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
 - Nrn. 01850, 01851 Sterilisation
 - Nrn. 01853 bis 01855 Sterilisation
 - Nr. 01857 Beobachtung, Betreuung nach Sterilisation
 - Nrn. 01904, 01905 Schwangerschaftsabbruch
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion

7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen

- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nrn. 02310 bis 02313 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus, Diabetischer Fuß, venöse Ulcera curis
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- Nr. 02350 Fixierender Verband
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nrn. 02400, 02401 Diagnostische Verfahren, Tests
- Nr. 02500 Einzelinhalationstherapie
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme-, Elektrotherapie
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.6 Proktologie
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

7.2 Chirurgische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

07210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

210

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

22,73

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 23 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

07211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

221

Abrechnungsbestimmung siehe EBM-Nr. 07211.

23,92

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

07212

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

255

Abrechnungsbestimmung siehe EBM-Nr. 07211.

27,60

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 28 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

07220 Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 **32**
3,46

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 07220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

07222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 07220 **9**
0,97

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 07222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

07227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 **2**
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 07227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

7.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

07310 Zusatzauspauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates, Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern **216**
23,98

Obligatorer Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07311, 07320, 07330, 07340, 07345, 18310

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Beratungs-, Diagnostik- und Therapieleistungen

Kommentar: Die obligaten und auch fakultativen Leistungsinhalte sind klar und deutlich angegeben und müssen erbracht werden. Es müssen mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall stattgefunden haben. Die obligaten und auch fakultativen Leistungsinhalte sind klar und deutlich angegeben und müssen erbracht werden. Schwieriger ist es die zahlreichen Ausschlüsse zu bedenken. Hier hilft zur Übersicht nur eine eigene Liste (EBM Nr. und Leistung). Es müssen mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall stattgefunden haben.

Da es sich um eine diagnosebezogene Pauschalen handelt, müssen die als Diagnosen angegebenen ICD-10 Codierungen plausibel sein, um Nachfragen oder Streichungen zu vermeiden.

07311

Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen

217
23,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07320, 07330, 07340, 07345, 18311

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Beratungs-, Diagnostik- und Therapieleistungen

Kommentar: Die obligaten und auch fakultativen Leistungsinhalte sind klar und deutlich angegeben und müssen erbracht werden. Schwieriger ist es die zahlreichen Ausschlüsse zu bedenken. Hier hilft zur Übersicht nur eine eigene Liste (EBM Nr. und Leistung). Es müssen mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall stattgefunden haben. Die

obligaten und auch fakultativen Leistungsinhalte sind klar und deutlich angegeben und müssen erbracht werden. Schwieriger ist es die zahlreichen Ausschlüsse zu bedenken. Hier hilft zur Übersicht nur eine eigene Liste (EBM Nr. und Leistung). Es müssen mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall stattgefunden haben.

Da es sich um eine diagnosebezogene Pauschalen handelt, müssen die als Diagnosen angegebenen ICD-10 Codierungen plausibel sein, um Nachfragen oder Streichungen zu vermeiden.

07320 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en) **152** 16,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen und/oder
- Einleitung/Koordinierung interdisziplinärer Diagnostik und/oder Therapie und/oder
- Wiederholte eingehende symptombezogene Untersuchung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Reposition(en) von Hernien, eines Darmprolaps und/oder eines Anus praeter-Prolaps,
- Wundbehandlungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340, 07345 im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637 am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Erbrachte Beratungs-, Diagnostik- und Therapieleistungen

Kommentar: Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn die im obligaten Leistungsinhalt beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und auch mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall stattgefunden haben.

Da es sich um eine diagnosebezogene Pauschalen handelt, müssen die als Diagnosen angegebenen ICD-10 Codierungen plausibel sein, um Nachfragen oder Streichungen zu vermeiden.

07330 Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand **217** 23,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplanes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 07330 ist nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Chirurgie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

im Behandlungsfall 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07340, 07345, 18330

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: In diesem Leistungskomplex sind zahlreiche obligate Leistungsinhalte vorgeschrieben, die zur Abrechnung erbracht werden müssen und mind. auch 3Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall.

07340

Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

272
29,44

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Leistung nach der Nr. 07340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02312, 02313

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: In diesem Leistungskomplex sind zahlreiche obligate Behandlungen von sekundär heilenden Wunden und Problemwunden vorgeschrieben, die zur Abrechnung erbracht werden müssen und mind. auch 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall = Quartalsfall.

07345* **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** **191
20,67**

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 07345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, des Knochens und des Gelenkknorpels C40-C41, der Haut C43-C44, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes C45-C49, der Brustdrüse C50.-, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen C73-C75, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 07310, 07311, 07320, 07330

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar: Diese Leistung kann von Chirurgen nur abgerechnet, wenn mind. eine der folgenden bösartige Neubildungen vorliegt:

- der Verdauungsorgane,
- des Knochens und des Gelenkknorpels,
- der Haut,
- des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes,
- der Brustdrüse,
- der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen,
- oder bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

8.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen frauenärztliche Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen 05360, 05361, 05372 und 19331 sowie bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungspositionen 19310 bis 19312 berechnen.
4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01704, 01707, 01709, 01711, 01730, 01733 bis 01735, 01740, 01750, 01751, 01752 bis 01755, 01758, 01759, 01770 bis 01777, 01780 bis 01787, 01790 bis 01792, 01800, 01802 bis 01812, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830, bis 01833, 01835 bis 01837, 01840, 01850, 01851, 01855, 01857, 01900 bis 01902, 01904 bis 01906, 01910 bis 01912, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02325, 02326, 02327, 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02360 und 02510 bis 02512.
5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30800 und 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.
6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Vorbehaltlich der Bestimmungen in Abschnitt 8.5 können alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 8, grundsätzlich nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen frauenärztliche Leistungen erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen.

Für die oben genannten Vertragsärzte sind zusätzlich folgende arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen abrechnungsfähig: Nrn. 05360, 05361 (Periduralanästhesie), 05372 (Beobachtung und Betreuung eines Patienten), 19310 bis 19312 (Histo-/zytologische Untersuchungen) und Nr. 19331 (Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion).

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für oben genannte Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentsplan,
 - Nr. 01701 Grundpauschale Prävention
 - Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Nr. 01711 Neugeborenen-Erstuntersuchung
 - Nr. 01730 Krebsfrüherkennung Frauen
 - Nr. 01733 Früherkennungs-Zytologie
 - Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
 - Nr. 01735 Beratung zur Früherkennung nach der Chroniker-Richtlinie
 - Nr. 01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
 - Nr. 01750 Röntgen Mammæ
 - Nrn. 01752 bis 01755 Brustkrebsfrüherkennung
 - Nr. 01758 Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz,
 - Nr. 01759 Zuschlag Brustkrebsfrüherkennung
 - Nrn. 01770, 01771 Betreuung einer Schwangeren
 - Nrn. 01772 bis 01775 Schwangerschaftssonographie
 - Nr. 01776 bis 01777 Gestationsdiabetescreening
 - Nrn. 01780 bis 01787 Geburtsleitung
 - Nrn. 01790 bis 01792 Humangenetische Beurteilung
 - Nrn. 01800 bis 01812 Antikörpernachweis
 - Nr. 01815 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin
 - Nr. 01816 bis 01818 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01820 bis 01822 Empfängnisregelung,
 - Nrn. 01825 bis 01832 Empfängnisregelung
 - Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis
 - Nr. 01835 bis 01837 Humangenetische Beratung
 - Nrn. 01840 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01850, 01851 Sterilisation

- Nrn. 01855 Sterilisation der Frau
- Nr. 01857 Beobachtung, Betreuung nach Sterilisation
- Nrn. 01900 bis 01902 Schwangerschaftsabbruch
- Nrn. 01904 bis 01906 Schwangerschaftsabbruch
- Nrn. 01910 bis 01912 Schwangerschaftsabbruch
- Nrn. 01915 Chlamydienscreening
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Dopinggestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme-, Elektrotherapie
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nrn. 30610, 30611 Hämorrhoidenbehandlung
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neuropsychologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

8.2 Frauenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Untersuchung und Behandlung der Harninkontinenz,
- Sterilitätsbehandlung mittels Gonadotropinstimulation und/oder Antiöstrogenen,
- Diagnostik und Behandlung einer Patientin mit einer morphologischen Veränderung einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

08210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

113
12,23

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

am Behandlungstag 01828

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...) enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

08211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **145**
Abrechnungsbestimmung Siehe EBM-Nr. 08210. **15,69**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

08212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **147**
Abrechnungsbestimmung Siehe EBM-Nr. 08210. **15,91**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

08220 Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner **24**
 Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 **2,60**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 08220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

08222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08220 **6**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,65**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

08227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 **2**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,22**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

08230* Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin, bei denen **203**
 Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 oder **21,97**
 08561 berechnet werden

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 23 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Bei Berechnung der folgenden Leistungen aus dem Kapitel 8.5 kann Zuschlag zur Grundpauschale nach EBM Nr. 08230 berechnet werden: **08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 oder 08561.**

08231* Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Geburtshilfe, bei denen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-8.4 berechnet werden **90
9,74**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

8.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

08310* Apparative Untersuchung einer Patientin mit Harninkontinenz **605
65,48**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Uretrozystoskopie (Nr. 08311),
- Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung,
- Physikalische Funktionsteste,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08311, 30420, 30421

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 59 **Prüfzeit:** 44 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nrn. 1793 und 1794

Kommentar: Neben der Leistung nach Nr. 08310 sind krankengymnastische Leistungen nach Nrn. 30420 und 30421 am gleichen Behandlungstag nicht berechnungsfähig.

08311* Urethro(-zysto)skopie **272
29,44**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 08310, 26311

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1785, 1786, 1787, 1788, 1816

Kommentar: Operative Eingriffe nach den Nrn. 02300 bis 02302 und die Nr. 26311 (Urethro(-zysto)skopie der Frau – Urolog. Gebührenposition) sind neben der Nr. 08311 nicht abrechnungsfähig.

Die KV Hessen (http://www.kvhessen.de/fileadmin/ebm-aktuell_unbestimmtes-Ge-schlecht.pdf) informiert:

Besonderheiten Urethro(-zysto)skopien

„... Bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm kann die Urethro(-zysto)skopie gemäß der GOP 08311* oder GOP 26311 berechnet werden. Beträgt die Urethralänge mehr als 8 cm und/oder liegt die Urethra nicht überwiegend intern ist die GOP 26310 zu berechnen.

In diesem Zusammenhang werden auch die Leistungslegenden der GOP 26310 und 26311 um den Hinweis auf die 4.2.1 Allgemeinen Bestimmungen EBM ergänzt ...“

08312

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

**282
30,52**

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08312 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Genehmigung wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.

Die Gebührenordnungsposition 08312 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 08312 ist im Krankheitsfall höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 08312 ist nur bei erwachsenen Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, ppimperativer Harndrang und Pollakisurie, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben und/oder bei Erwachsenen mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose berechnungsfähig.

Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 08312 entfällt die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 08311.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 26319

Berichtspflicht Nein

Kommentar:

Die KV Nordrhein informiert zu den EBM Leistungen Nrn. 08311, 26311 u.a.

...Die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen wird zum 1. Januar 2018 als neue Leistung in das gynäkologische und urologische Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen. Zudem wird eine Sachkostenpauschale in den EBM-Abschnitt 40.5 aufgenommen.

Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird.

Die Leistung ist parallel zur Zystoskopie je vollendete zehn Minuten und maximal fünf Mal pro Sitzung berechnungsfähig. Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels Botox® trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten. Dazu stellt der Arzt dem Patienten ein Rezept aus, das in der Apotheke eingelöst werden kann. Alternativ beschafft der Arzt das Arzneimittel und erhält die Kosten erstattet.

Vergütung erfolgt extrabudgetär

Die insgesamt fünf neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) – sowie die bestehenden EBM Nrn. 08311, 26310 und 26311 (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den neuen GOP 08312 oder 26316 (neue Zuschläge) durchgeführt werden – werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Für die extrabudgetäre Vergütung der Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 ist die bundeseinheitliche Kennzeichnung bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ erforderlich.

Bereits seit 2013 ist das Botulinumtoxin-A enthaltende Arzneimittel Botox® für zwei weitere Indikationsbereiche zugelassen. Einer ist die idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht

vertragen haben. Der andere Bereich ist die Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose...

08313* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08312 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin **143**
15,48

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beobachtung für mindestens 30 Minuten,
- Abschlussuntersuchung(en) durch den Arzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08313 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 26317

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Der Zuschlag ist parallel zur Zystoskopie und je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig. Insgesamt kann die EBM Nr. 08313 fünfzehnmal im Krankheitsfall berechnet werden. Das entspricht unter Beachtung der Injektionsabstände in der Fachinformation zu Botox drei Behandlungen im Jahr.

08320* Stanzbiopsie(n) der Mamma unter Ultraschallsicht **423**
45,78

Obligatorer Leistungsinhalt

- Stanzbiopsie(n) der Mamma,
- Lokalanästhesie,
- Mamma – Sonographie (Nr. 33041),
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Optische Führungshilfe bei Sonographie (Nr. 33091),

Abrechnungsbestimmung je Seite

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08320 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 33041, 33091, 33092

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 22 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2404 oder Nr. 2410, + Zuschlag Nr. 443

08330 Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Ringes oder Pessars, intrauterin oder vaginal, wegen einer Krankheit **65**
7,03

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01830, 02300, 02301, 02302

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1087 bis 1090

Kommentar: Sind Ring-Pessar oder Okklusiv-Pessar (Portiokappe) erforderlich, so kann der Arzt dies zu Lasten des Patienten auf Rezept verordnen oder die Kosten auf dem Behandlungsschein abrechnen. Wird die Leistung nach Nr. 08330 bei einer Frau bis zum 20. Lebensjahr im Rahmen der Empfängnisregelung erbracht, so ist dafür die Nr. 01830 abzurechnen.

08331 Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums, wegen einer Krankheit **65**
7,03
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01830, 01831, 01832, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 4 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 252 mit höherem Steigerungsfaktor
Kommentar: Werden die Maßnahmen nach den Nrn. 08330 und 08331 bei Patientinnen bis zum 20. Lebensjahr durchgeführt, sind die Nrn. 01830 oder 01832 abzurechnen.

08332 Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder bei Patientinnen mit Vaginalstenose **72**
7,79

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1063

08333* Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie **85**
9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie und/oder
- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 03331, 04331, 04516, 13257, 30600 im Behandlungsfall 13250

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 4 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex einer Zusatzpauschale in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 690

08334* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08333 für die Polypentfernung(en) **57**
6,17

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 13260, 30601 im Behandlungsfall 13250

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 6 Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 695 oder Nr. 696

Kommentar: Auch wenn mehrere Polypen abgetragen werden, ist der Zuschlag nur einmal abrechnungsfähig.

08340 Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle, einschl. Kosten **80**
8,66

Obligatorer Leistungsinhalt

- Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle,
- Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 6 Prüfzeit: 6 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1105

Kommentar: Führt der Arzt, der das Zellmaterial gewonnen hat, auch die zytologische Untersuchung durch, so ist zusätzlich die Nr. 19310 anzusetzen.

08341* Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung **111
12,01**
Obligatorer Leistungsinhalt

- Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit,
- Bilddokumentation,
- Sonographische Untersuchung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08341 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Zyklusfall 33091, 33092

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 33042, 33043, 33044, 33090

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), z.B. Nr. 1112 – Sonographie Nr. 410 oder Nr. 420

Kommentar: Sonographie, optische Führungshilfen und/oder Kontrastmitteleinbringungen können nicht gesondert berechnet werden.

08345* Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge **191
20,67**
Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse C50.-, der weiblichen Genitalorgane C51-C58, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 08345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 20	Prüfzeit: 18	Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).		
Kommentar:	Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen, die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt: • bösartige Neubildungen der Brustdrüse, • bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane, • bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Becken, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.		

8.4 Geburtshilfe

08410*	Verweilen im Gebärraum ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Betreuung einer Geburt erforderlich,	246 26,62

Abrechnungsbestimmung je vollendete 30 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08410 ist nur bei belegärztlicher Behandlung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01440

Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 30	Prüfzeit: 30	Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 56*		

Kommentar: Eine Verweilgebühr kann nur angesetzt werden, wenn der Arzt sich in den Räumlichkeiten befindet, in denen auch die Geburt stattfinden wird. Verweilen in der Praxis und Wohnung bei einer erwarteten Geburt, um möglichst umgehend zur Verfügung zu stehen, sind nicht mit der Verweilgebühr abrechenbar.

08411*	Betreuung und Leitung einer Geburt	2030 219,70

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erst- und Folgeuntersuchungen der Gebärenden,
- Abschlussuntersuchung nach beendeter Geburt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kardiotokographische Leistungen während der Geburt,
- Blutentnahmen beim Feten unter der Geburt,
- Lösung des Eipols,
- Dehnung des Muttermundes,
- Intrazervikale Prostaglandinapplikation,
- Eröffnung der Fruchtblase,
- Naht eines oder mehrerer Zervixrisse(s),
- Naht von Scheidenrissen,
- Naht von Dammrissen,
- Episiotomie,
- Naht einer Episiotomie

Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 75	Prüfzeit: 66	Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).		

Kommentar: Im obligaten und fakultativen Leistungsinhalt wird genau beschrieben, was zur Abrechnung dieser Leistung gehört, die mit dem Beginn der Geburt beginnt. Die einzelnen Leistungen sind nicht getrennt und zusätzlich berechenbar.

08412*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08411 bei Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	518 56,06

Obligatorer Leistungsinhalt

- bei Beckenendlage und/oder Mehrlingsschwangerschaft und/oder
- bei Vakuum-Extraktion und/oder bei Entbindung durch Forceps

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 35 **Prüfzeit:** 26 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1022, 1025, 1026, 1027

Kommentar: Als komplizierte Geburt gelten Beckenendlage, Mehrlingsschwangerschaften, Vakuumentextraktion und Entbindung durch Geburtszange.

08413* Äußere Wendung, **274**
29,65
Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08414

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1028

08414* Innere oder kombinierte Wendung **412**
44,59
Obligatorer Leistungsinhalt

- Innere Wendung,
- In Anästhesie und/oder
- Operationsbereitschaft

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08413

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1029

08415* Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08411 bei Leitung und Betreuung einer Geburt bei Schnittentbindung **690**
74,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schnittentbindung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Eingriffe an den Adnexen,
- Instrumentelle Dilatation der Zervix,
- Entfernung der Nachgeburt,
- Entfernung von Nachgeburtsresten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08416

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 45 **Prüfzeit:** 34 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1032 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor

Kommentar: Eine im Rahmen einer Schnittentbindung durchgeführte Sterilisation kann nicht gesondert berechnet werden, sondern ist fakultativer Leistungsinhalt der EBM-Nr. 08415.

Eine Sectio parva bei lebensbedrohlicher Blutung der Mutter bei lebendem Fetus ist nach Nr. 08411 und dem Zuschlag nach Nr. 08415 zu berechnen.

08416* Entfernung der Nachgeburt im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 08411 **283**
30,63

Obligatorer Leistungsinhalt

- Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff,
- Entfernung von Nachgeburtsresten durch inneren Eingriff

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abrasio

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08415

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1041, 1042 ggf. auch Abrasio

8.5 Reproduktionsmedizin

1. Die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sind für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, die eine Genehmigung gemäß § 121 a SGB V nachweisen können.
2. Die Gebührenordnungsposition 08521 ist nur für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Ferner ist die Gebührenordnungsposition 08521 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.
3. Die Gebührenordnungsposition 08530 ist nur von solchen Ärzten berechnungsfähig, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 setzt eine Genehmigung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung voraus.
5. Die Gebührenordnungspositionen 08570, 08571, 08572, 08573 und 08574 sind nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
6. Der Zyklusfall umfasst den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spon-tanzklus) bzw. vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach der Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus.
7. Der Reproduktionsfall umfasst die Leistung der erforderlichen Laboruntersuchungen vor der ersten Keim-zellgewinnung gemäß 12.1. der Richtlinie über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung berechnungsfähigen Zyklusfälle.
8. Die in den Richtlinien über künstliche Befruchtung angegebene Höchstzahl berechnungsfähiger Zyklen ist bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08541, 08550 und 08560 verbindlich. Für die Gebührenordnungsposition 08521 ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die Gebührenordnungspositionen 08520, 08540, 08570, 08571, 08572, 08573 und 08574 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.
9. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, können neben der Gebührenord-nungsposition 08540 im Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 08211, 08510 und 08520 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781 auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 08570 bis 08574 und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4.1, 11.4.3, 11.4.4 und 19.4 berechnen.
10. In den Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach den Nrn. 12.1, 12.2, 12.6 und 16. der Richtlinien über künstliche Befruchtung und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel.
11. Die Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 und deren Leistungsbestandteile können im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.
12. Die Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08560 und 08561 sind nicht berechnungsfähig, wenn zur Eizellgewinnung ein stationärer Aufenthalt von mehr als zwei Tagen Dauer erfolgt.
13. Gemäß § 27a SGB V ist vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die gemäß Behandlungsplan im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erbrachten Leistungen sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
14. In den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-8.5 sind die Leistungen entsprechend den Gebüh-renordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.

Kommentar:

Im Bereich der Reproduktionsmedizin sind über die allgemeinen Voraussetzungen des Kapitels 8 hinaus zusätzliche Abrechnungsvoraussetzungen zu beachten.

Die Leistungen nach den Nrn. 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 setzen zusätzlich eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch die zuständige Behörde nach § 121a SGB V voraus.

8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

Die Beratung eines Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 08521) setzt die Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt voraus oder spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin und den Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung. Wer die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durchführt, darf die Leistung nach Nr. 08521 nicht abrechnen.

Die Abrechnung der Leistung nach Nr. 08530 setzt die Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt voraus.

Die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 bedarf einer Genehmigung nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 08570 bis 08574 ist nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik möglich.

Wegen der oben genannten und einer Reihe weiterer besonderer Abrechnungsvoraussetzungen bei der Reproduktionsmedizin ist es für diesen Bereich besonders empfehlenswert, dass Praxen, die entsprechende Leistungen anbieten, individuelle Abrechnungsprofile für die einzelnen Ärzte der Praxis erstellen. Dies kann die Beachtung der vielfältigen Abrechnungsbestimmungen erheblich erleichtern.

Beschluss zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 202. Sitzung am 2. November 2009 mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V beschließt die Verlängerung des in seiner 172. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gefassten Beschlusses (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 5 vom 30. Januar 2009, Seite A 212) zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wie folgt:

Bewertung der Leistungen der Reproduktionsmedizin

1. Die Leistungen der Reproduktionsmedizin (Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561) wurden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1545 höher bewertet. Diese Anpassung gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2010 weiter.

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge vor der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 202. Sitzung bereits leistungsbezogene Zuschläge zum Punktwert der Euro-Gebührenordnung zu den vorgenannten Gebührenordnungspositionen des Gebührenordnungsabschnittes 8.5 des EBM mit Wirkung über den 31. Dezember 2009 hinaus vereinbart haben, ist die Notwendigkeit und die Höhe der für diese Leistungen vereinbarten Zuschläge unter Berücksichtigung der Höherbewertung zu überprüfen und ggf. anzupassen. Dieses entfällt, soweit die Überprüfung und Anpassung der leistungsbezogenen Zuschläge nach Satz 1 im Jahr 2009 bereits stattgefunden hat

Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung

Die KBV veröffentlicht: „Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2010“

Zu den bisherigen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, den damit zusammenhängenden weitergehenden ärztlichen Leistungen sowie den vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden durch die in Kraft getretene gesetzliche Verordnung zur Testung von Keimzellspendern im Zusammenhang mit den Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (TPG-Gewebeverordnung) weitere vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen aufgenommen. In diesem Zusammenhang wird die Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in der Fassung vom 1. Oktober 2007 (amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30 vom 29. Juli 2005 sowie Änderungsbeschlüsse, Heft 1–2 vom 9. Januar 2006 und Heft 33 vom 17. August 2007) durch diese Durchführungsempfehlung abgelöst.

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, gültig ab 30. September 2009, zur Änderung der Richtlinien über die künstliche Befruchtung auf Grundlage der Umsetzung der im April 2008 in Kraft getretenen gesetzlichen Verordnungen (TPG-

Gewebeverordnung) zur Testung von Keimzellenspendern im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung folgende Durchführungsempfehlung ab:

(1) Die unten aufgeführten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sowie die damit zusammenhängenden weitergehenden ärztlichen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind entsprechend Beschlussteil A Ziffer 1.2 Nr. 11 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu vergüten. Dies sind die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781.

(2) Die in Absatz 1 genannten Leistungen werden bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung durch den abrechnenden Arzt gekennzeichnet. Der so gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der Leistungen nach Absatz 1, wird im Formblatt 3 mit einem Anteil von 50 v.H. des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen.

Protokollnotiz:

(1) Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 33043, 33044 und 33090 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Ebene 6.

(2) Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 31272, 31503, 31600, 31608, 31609 und 31822 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 401, Ebene 6.

(3) Die Rechnungslegung für die Gebührenordnungspositionen 36272, 36503 und 36822 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 463, Ebene 6.

(4) Die Rechnungslegung für die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781 erfolgt im Formblatt 3, Kontenart 400, Ebene 6.

Siehe: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) in der Fassung vom 14. August 1990 zuletzt geändert am 21. August 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 17.10.2014 B3 -in Kraft getreten am 18. Oktober 2014 (http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_kuenstliche_befrucht.pdf)

08510***Erstellung eines Behandlungsplans gemäß § 27a Abs. 3 SGB V****67**

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**7,25****GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, eventuell daher 80 (Gutachten) oder 85 abrechnen

Kommentar:

Im Rahmen der Gesundheitsreform müssen Patientinnen seit 1.1.2004 sich mit 50 % an den Gesamtkosten der künstlichen Befruchtung beteiligen. Da die GKV-Kassen einen Überblick über die Durchführung der Maßnahmen haben wollen, wurde von der GKV ein Formular entwickelt, das vom Arzt hinsichtlich der entstehenden Kosten auszufüllen ist. In dem Formular werden einzelne Bereiche abgefragt und sind vom Arzt zu beantworten.

SGB V § 27a Künstliche Befruchtung

- (1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn
1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
 2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, daß durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,

3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.
- (2) ¹Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. ²Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.
- (3) ¹Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. ²Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. ³Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.

08520* Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, **81**
Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall **8,77**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 34

Kommentar: Die Beratung des Ehepaares kann von dem Vertragsarzt durchgeführt werden, der die Behandlung auch später durchführt. Die Berechnung ist zu Lasten der GKV-Kasse des Ehemannes durchzuführen. Die Beratung nach Nr. 08521 allerdings ist von einem anderen Arzt als dem, der die Behandlung führen wird, zu machen.

08521* Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung **111**
 einschließlich einer Bescheinigung nach Nr. 15, **12,01**

Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 35100, 35110

im Reproduktionsfall 08530

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 34

08530* Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spon- **108**
 tanzyklus gemäß Nr. 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. nach **11,69**
 Auslösen der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antioöstrogenen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall

Abrechnungsausschluss

im Reproduktionsfall 08521

im Zyklusfall 08531

im Behandlungsfall 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1114

Kommentar: Die Beratung des Ehepaares kann nicht von dem Vertragsarzt durchgeführt werden, der die Behandlung auch später durchführt.

08531*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation gemäß Nr. 10.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung mit Gonadotropinen, Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall Abrechnungsausschluss im Zyklusfall 08530 im Behandlungsfall 08550, 08551, 08552, 08560, 08561	194 21,00
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 30 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 1114	
Kommentar:	Bevor die Leistung nach Nr. 08531 erbracht werden kann, muss eine Beratung nach Nr. 08521 erfolgen und die behördliche Genehmigung nach SGB V § 121a vorliegen. Nach den Richtlinien ist eine heterologe Insemination ausgeschlossen und wird daher in der Leistungslegende auch nicht erwähnt.	
08540*	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, Aufbereitung und Kapazitation, ggf. einschl. laboratoriumsmedizinischer Untersuchung(en) Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32190	168 18,18
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 3667, 3668*	
Kommentar:	Zu Lasten der GKV-Kassen des Ehemannes kann der Frauenarzt zusätzlich die entsprechende Grundpauschale abrechnen und ggf. einen HIV-Antikörper-Nachweis. Frauenärzten mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik können zusätzlich Leistungen nach EBM-Nrn. • 08570 • 08571 • 08572 • oder 08573 berechnen. Ein ggf. erforderliches Spermogramm kann nur von einem andrologisch tätigen Arzt (z.B. Dermatologe, Urologe) oder Laborarzt nach Nr. 32190 berechnet werden.	
08541*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Spermazellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4, Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall Abrechnungsausschluss im Zyklusfall 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092	522 56,49
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 35 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. analoger Ansatz gemäß GOÄ § 6(2*) der Nrn. 317, 701 und für den Ultraschall 410	
08542*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08541 bei ambulanter Durchführung	447 48,38
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Leistung so in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. höherer Steigerungssatz für GOÄ Nr. 701	

08550* In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentfernung und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2. und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, **8772 949,36**

Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08530, 08531

im Zyklusfall 08551, 08552, 08560, 08561, 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092 und Kapitel 32

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 109 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Nur **ein** Arzt kann die erforderlichen Leistungen nach Nr. 08550 bis Nrn. 08552, 08560 und 08561 abrechnen. Werden von anderen Ärzten Teilleistungen erbracht, so ist dies untereinander und nicht über die GKV finanziell aufzuregeln.

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) dürfen Kosten für die Kryokonservierung von Gameten oder befruchteten Eizellen nicht von den GKV-Kassen übernommen werden, sondern müssen nach GOÄ liquidiert werden.

Der Bewertungsausschuss stellt in seiner 202. Sitzung fest: „... Die Leistungen der Reproduktionsmedizin (08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1545 höher bewertet.“

08551* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, **7479 809,42**

Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08530, 08531

im Zyklusfall 08550, 08552, 08560, 08561, 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092 und Kapitel 32

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 68 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Nur **ein** Arzt kann die erforderlichen Leistungen nach Nr. 08550 bis Nrn. 08552, 08560 und 08561 abrechnen. Werden von anderen Ärzten Teilleistungen erbracht, so ist dies untereinander und nicht über die GKV finanziell aufzuregeln.

08552* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, **1991 215,48**

Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08530, 08531

im Zyklusfall 08550, 08551, 08560, 08561, 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092 und Kapitel 32

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 34 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Nach der Leistungslegende ist die Leistung nur abrechenbar, wenn der Abbruch der IVF bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion erfolgt. Bis dahin erbrachte einzelne Leistungen z.B. Ultraschall, Laboruntersuchungen, sind aber bei einem Abbruch, der früher liegt, berechnungsfähig.

08560*	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall Abrechnungsausschluss im Zyklusfall 08550, 08551, 08552, 08561, 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092, 34260, 34270 und Kapitel 32 im Behandlungsfall 08530, 08531	12358 1337,46
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 109 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), ggf. analoger Ansatz nach GOÄ § 6(2*).	
Kommentar:	Der Bewertungsausschuss stellt in seiner 202. Sitzung fest: „... Die Leistungen der Reproduktionsmedizin (08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1545 höher bewertet.“	
08561*	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08560 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, Abrechnungsbestimmung einmal im Zyklusfall Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 08530, 08531 im Zyklusfall 08550, 08551, 08552, 08560, 33042, 33043, 33044, 33081, 33090, 33091, 33092 und Kapitel 32	11067 1197,74
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 68 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)	
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 08550.	
08570*	Humangenetische Abklärung gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung eines Verdachts auf genetisches und/oder teratogenes Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten einschl. einer detaillierten Analyse des Stammbaums und abschließender Beratung, ggf. in mehreren Sitzungen. Abfassung einer schriftlichen wissenschaftlich begründeten humangenetischen Stellungnahme, im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08570 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig. Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08571, 08572 im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232	143 15,48
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 9 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), ggf. Nr. 21	
Kommentar:	Die Leistung kann nur einmal im Reproduktionsfall abgerechnet werden. Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.	

08571* Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente und/oder auf der Grundlage von Ergebnissen zyto- und/oder molekulargenetischer Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, **288**
31,17

Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08571 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11230, 11231, 11232, 11310

im Behandlungsfall 01790, 01791, 01792, 01793, 01835, 01836, 01837, 01838, 08570, 08572, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog Ansatz nach GOÄ § 6(2*) der Nr. 85

Kommentar: Die Leistung kann nur einmal im Reproduktionsfall, dies sind bis zu 4 Zyklusfälle, abgerechnet werden.

08572* Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten und detaillierter Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. körperlicher Untersuchung. Quantifizierung des Risikos durch Einbeziehung der Ergebnisse weitergehender (z.B. zyto- und/oder molekulargenetischer) Untersuchungen und/oder durch Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten. Abfassung eines wissenschaftlich begründeten humangenetischen Gutachtens, ggf. einschl. einer zusätzlichen schriftlichen Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n), **1179**
127,60

Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 08572 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 11230, 11231, 11232

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 71 **Prüfzeit:** 71 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog Ansatz nach GOÄ § 6(2*) der Nr. 85

Kommentar: Die Leistung kann nur einmal im Reproduktionsfall abgerechnet werden. Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.

08573* Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, **1393**
150,76

Obligater Leistungsinhalt

- Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems,
- Vorangegangene Kultivierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- X-Chromatin und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Reproduktionsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01791, 01793, 01836, 01838, 11231, 11310, 11311

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*

Kommentar:

Die Leistung kann nur einmal im Reproduktionsfall abgerechnet werden. Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.

08574*

Spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 08573

447**48,38****Obligater Leistungsinhalt**

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder
- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fotografische Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 11312

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 1**Prüfzeit:** 1**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872* mit höherem Steigerungssatz

9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen

9.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01705, 01706, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 36884, 37100, 37102, 37113 und 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.9, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

6. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind die Gebührenordnungspositionen 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 für die unter Nr. 1 genannten Ärzte nur berechnungsfähig, wenn die Arztpraxis über folgende technische Mindestvoraussetzungen verfügt:

- Verwendung eines gemäß den Vorgaben des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG) zugelassenen Audiometers mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen und mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.
- Eine Kinderaudiometrianlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs Lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
- Eine zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 9 – also die Leistungen nach den Nrn. 09210 bis 09362 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannte Vertragsärzte die in der Präambel genannten Leistungen abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
- Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
- Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,

- Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst
- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst
- Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01630 Medikamentsplan
- Nr. 01701 Grundpauschale Prävention
- Nrn. 01705, 01706 Neugeborenen-Hörscreening,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
- Nr. 01800 Treponemenantikörper-Nachweis
- Nrn. 01802 bis 01813 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilschleife
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nr. 02500 Einzelinhalationen
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation und
sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende
spezielle Leistungen):
- Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
- Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
- Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
- Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status

9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen

- Nrn. 37100, 37102 Zuschläge zur Versicherten- oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten in Pflegeheimen
- Nr. 37113 Zuschlag zum Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (Nr. 01413)
- Nr. 37120 Fallkonferenz gem. Kooperationsvertrag mit Pflegeheimen
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
- 30.1 Allergologie
- 30.2 Chirotherapie
- 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
- 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
- 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
- 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
- 31.2 Ambulante Operationen
- 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
- 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 36.2 Belegärztliche Operationen
- 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
- 32 Labor
- 33 Ultraschalldiagnostik
- 34 Radiologie, CT, NMR
- 35 Psychotherapie
- 38 Delegationsfähige Leistungen

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können, auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

HNO-Ärzte, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 20338, 20339, 20340, 20377 und/oder 20378 abrechnen wollen, müssen die in 9.1. Nr. 6 genannten technischen Mindestvoraussetzungen erfüllen. Ferner muss der KV eine messtechnische Kontrolle nach **§ 11 MPBetreibV** nachgewiesen werden. Diese Bestimmung hat folgenden Wortlaut:

Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)

§ 11 Messtechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat meßtechnische Kontrollen

1. für die in der Anlage 2 aufgeführten Medizinprodukte,
2. für die Medizinprodukte, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind und für die jedoch der Hersteller solche Kontrollen vorgesehen hat,

nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 auf der Grundlage der anerkannten Regeln der Technik durchzuführen oder durchführen zu lassen. Messtechnische Kontrollen können auch in Form von Vergleichs-

messungen durchgeführt werden, soweit diese in der Anlage 2 für bestimmte Medizinprodukte vorgesehen sind.

(2) Durch die messtechnischen Kontrollen wird festgestellt, ob das Medizinprodukt die zulässigen maximalen Messabweichungen (Fehlergrenzen) nach Satz 2 einhält. Bei den messtechnischen Kontrollen werden die Fehlergrenzen zugrunde gelegt, die der Hersteller in seiner Gebrauchsanweisung angegeben hat. Enthält eine Gebrauchsanweisung keine Angaben über Fehlergrenzen, sind in harmonisierten Normen festgelegte Fehlergrenzen einzuhalten. Liegen dazu keine harmonisierten Normen vor, ist vom Stand der Technik auszugehen.

(3) Für die messtechnischen Kontrollen dürfen, sofern keine Vergleichsmessungen nach Absatz 1 Satz 2 durchgeführt werden, nur messtechnische Normale benutzt werden, die rückverfolgbar an ein nationales oder internationales Normal angeschlossen sind und hinreichend kleine Fehlergrenzen und Messunsicherheiten einhalten. Die Fehlergrenzen gelten als hinreichend klein, wenn sie ein Drittel der Fehlergrenzen des zu prüfenden Medizinproduktes nicht überschreiten.

(4) Die messtechnischen Kontrollen der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind, soweit vom Hersteller nicht anders angegeben, innerhalb der in Anlage 2 festgelegten Fristen und der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 nach den vom Hersteller vorgegebenen Fristen durchzuführen. Soweit der Hersteller keine Fristen bei den Medizinprodukten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 angegeben hat, hat der Betreiber messtechnische Kontrollen in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können, mindestens jedoch alle zwei Jahre. Für die Wiederholungen der messtechnischen Kontrollen gelten dieselben Fristen. Die Fristen beginnen mit Ablauf des Jahres, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte messtechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Eine messtechnische Kontrolle ist unverzüglich durchzuführen, wenn

1. Anzeichen dafür vorliegen, dass das Medizinprodukt die Fehlergrenzen nach Absatz 2 nicht einhält oder
 2. die meßtechnischen Eigenschaften des Medizinproduktes durch einen Eingriff oder auf andere Weise beeinflusst worden sein könnten.
- (5) Messtechnische Kontrollen dürfen nur durchführen
1. für das Messwesen zuständige Behörden oder
 2. Personen, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 4 entsprechend für messtechnische Kontrollen erfüllen.

Personen, die messtechnische Kontrollen durchführen, haben vor Aufnahme ihrer Tätigkeit dies der zuständigen Behörde anzuzeigen und auf deren Verlangen das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 2 nachzuweisen.

(6) Der Betreiber darf mit der Durchführung der messtechnischen Kontrollen nur Behörden oder Personen beauftragen, die die Voraussetzungen nach Absatz 5 Satz 1 erfüllen.

(7) Derjenige, der messtechnische Kontrollen durchführt, hat die Ergebnisse der messtechnischen Kontrolle unter Angabe der ermittelten Messwerte, der Messverfahren und sonstiger Beurteilungsergebnisse in das Medizinproduktebuch unverzüglich einzutragen, soweit dieses nach § 7 Abs. 1 zu führen ist.

(8) Derjenige, der messtechnische Kontrollen durchführt, hat das Medizinprodukt nach erfolgreicher messtechnischer Kontrolle mit einem Zeichen zu kennzeichnen. Aus diesem muss das Jahr der nächsten messtechnischen Kontrolle und die Behörde oder Person, die die messtechnische Kontrolle durchgeführt haben, eindeutig und rückverfolgbar hervorgehen.

9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

09210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**240**
25,97**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

09211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**198**
21,43

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

09212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres**205**
22,19

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

09220 Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 **27
2,92**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 09220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

09222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09220 **7
0,76**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

09227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 **2
0,22**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

9.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

09310* Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes **136
14,72**

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 09360, 09361, 09362
am Behandlungstag 09329

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1425, 1426, 1435

Kommentar: Auch bei der Tamponierung beider Naseabschnitte kann die Leistung nur einmal berechnet werden. Neben den kleinen operativen Leistungen nach Nrn. 02300, 02301, 02302 und den kleinen operativen HNO-Eingriffen nach Nrn. 09360, 09361, 09362 kann die Tamponade nicht berechnet werden. Auch bei einer Tamponade beider Nasenlöcher ist die Leistung nur einmal berechnungsfähig.

09311 Lupenlaryngoskopie **76
8,23**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung des Kehlkopfes mittels Endoskop (Laryngoskop)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung der oberen Trachea

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 20310

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1530

Kommentar: Wird bei der Kehlkopfuntersuchung keine Lupenlaryngoskopie angewandt, so ist die Untersuchung des Kehlkopfes mit der Grundpauschale ausgeglichen.

09312* Schweb- oder Stützlarngoskopie **172**
Obligatorer Leistungsinhalt **18,61**

- Schweb- oder Stützlarngoskopie in Narkose

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09313, 09314, 20311, 20312, 20313

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1533

09313* Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind **189**
 oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **20,45**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop und/oder
- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schweb- oder Stützlarngoskopie (Nr. 09312)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09312, 20311, 20312

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1533, ggf. mit höherem Steigerungssatz

Kommentar: Die EBM Leistungen der Nr. 09312 Schweb- oder Stützlarngoskopie in Narkose sind fakultativer Bestandteil der Nr. 09313 und nicht gesondert berechnungsfähig.

09314* Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen **83**
Obligatorer Leistungsinhalt **8,98**

- Stimmlippenstroboskopie,
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09312, 09318, 20313, 20314

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1416

Kommentar: Nach Leistungslegende sind Dokumentation und auch schriftliche Auswertung erforderlich.

09315* Bronchoskopie **988**
Obligatorer Leistungsinhalt **106,93**

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02343, 02360, 09360, 09361, 09362, 13662

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 677

Kommentar: Mit der Leistungslegende sind sowohl Bronchoskopien mit flexiblen als auch mit starren Instrumentarium gemeint.

09316* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09315 für**242**
26,19

- Fremdkörperentfernung und/oder
- Blutstillung und/oder
- Perbronchiale Biopsie und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane (Nr. 34240)
- Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane (Nr. 34241)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02343, 02360, 09360, 09361, 09362, 34240, 34241

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 678

09317* Ösophagoskopie**334**
36,15**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bougierung des Ösophagus,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02360, 09360, 09361, 09362

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 680

Kommentar: In der Regel werden vor Ösophagoskopien Gerinnungsuntersuchungen durchgeführt und zur Untersuchung Sedativa injiziert. Dies wird bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen öfter moniert. Der Kommentar nach Wezel/ Liebold hält dies für ein Problem der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ... „weshalb nach Ansicht der Kommentatoren (des Wezel/Liebold) eine sachlich-rechnerische Berichtigung durch die KV – auch auf Antrag eines Kassenverbandes – nicht in Frage kommen kann...“

Die Sedierung des Patienten im Rahmen der Endoskopie ist keine Narkoseleistung und daher auch nicht berechnungsfähig.

09318* Videostroboskopie**152**
16,45**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Videostroboskopische Untersuchung der Stimmlippen zur Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen, in bewegtem und stehendem Bild,
- Bilddokumentation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09314, 20313, 20314

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

09320**Tonschwellenaudiometrische Untersuchung****147****15,91****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vertäubung,
- Bestimmung der Intensitätsbreite

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Bei audiometrischen Untersuchungen mit Kopfhörern müssen sowohl für Normalhörige als auch für Schwerhörige die Bedingungen der DIN ISO 8253 – 1 erfüllt sein. Zusätzlich muss diese Norm auch für audiometrische Untersuchungen von Schwerhörigen oder Patienten mit unklarem Hörvermögen im freien Schallfeld erfüllt sein. Bei audiometrischen Untersuchungen zur Bestimmung der Hörschwelle im freien Schallfeld über Lautsprecher bei Normalhörigen muss zusätzlich die DIN ISO 8253 – 2 erfüllt sein.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09372, 09373, 09374, 20372, 20373, 20374

in derselben Sitzung 09321, 20320, 20321

am Behandlungstag 20338

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1403*, 1404*

Abkürzungserläuterung: PTB = Physikalisch-technische Bundesanstalt.

Die Leistung ist nur vollständig erbracht und damit abrechnungsfähig, wenn die vorgeschriebenen Anforderungen der Anzahl der Prüffrequenzen und an die Frequenzänderungen erfüllt sind. Einfache audiologische Tests sind mit Ansatz der Grundpauschale abgegolten und nicht gesondert abrechenbar.

09321**Sprachaudiometrische Bestimmung(en) des Hörvermögens im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09320****149****16,13****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer,
- Spachaudiometrie bei vorausgegangener Tonschwellenaudiometrie entsprechend der Gebührenordnungsposition 09320 und/oder
- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z.B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09372, 09373, 09374, 20372, 20373, 20374

in derselben Sitzung 09320, 09335, 09336, 20320, 20321, 20335, 20336

am Behandlungstag 09343, 20338, 20339, 20340, 20343

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

09322 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 für die Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrianlage **32**
3,46

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer sonstigen kinderaudiometrischen Einrichtung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09335, 20322, 20335
am Behandlungstag 20338

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1404* mit höherem Steigerungssatz

09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung **78**
8,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Mindestens vier Prüfsequenzen,
- Ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- Ein- und/oder beidseitig

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09324, 20323, 20324
im Behandlungsfall 09372, 20372
am Behandlungstag 20338

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1407

09324 Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen **120**
12,99

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09323, 09327, 20323, 20324, 20327, 20371
am Behandlungstag 01705, 01706

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1409

Kommentar:

Die Leistung kann nur von HNO-Ärzten und Ärzten der Phoniathrie und/oder Pädaudiologie erbracht werden. **Wezel/Liebold** verweist in seinem Kommentar als Bestätigung auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 30.1.2000 (AZ: B6 KA 73/00 R), nach dem diese Leistung andere Ärzte – auch Kinderärzte – nicht erbringen dürfen.

09325 Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung **262**
28,36

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Nystagmographische Dokumentation unter Verwendung von ENG, CNG oder VNG

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09327, 20325, 20327, 20371

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1413

09326 Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung **334** 36,15

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09327, 20326, 20327**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 1408**Kommentar:** Wird die Untersuchung in Sedierung oder Schlaflauslösung durchgeführt, so ist die Nr. 09327 zu berechnen.

09327 Hörschwellenbestimmung **543** 58,77

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, MMN),
- Sedierung oder Schlaflauslösung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen (Nr. 09324),
- Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung (Nr. 09325),
- Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung (Nr. 09326)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09324, 09325, 09326, 20324, 20325, 20326, 20327**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 1408**Kommentar:** Wird die Untersuchung ohne Sedierung oder Schlaflauslösung durchgeführt, so ist dafür die Nr. 09326 zu berechnen. Erfolgt auch eine zusätzliche Untersuchung im Wachzustand, kann diese nicht extra berechnet werden, da sich eine Abrechnung der Nrn. 09326 und 09327 ausschließt.

09329 Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung **292** 31,60

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rhinoendoskopie,
- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,
- Dauer mindestens 25 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Tamponade der vorderen Nasenabschnitte,
- Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes (Nr. 09310),
- Einbringen haemostyptischer Substanzen

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag**Abrechnungsausschluss** am Behandlungstag 02300, 02301, 02302, 09310, 09360, 09361, 09362**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

09330 Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme **203** 21,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Differenzierende Beurteilung(en) von
 - Stimmqualität,

- Stimmleistung,
- Sprechstimmlage,
- Stimmumfang,
- Stimmintensität,
- Stimmeinsatz,
- Stimmresonanz

Fakultativer Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung des Sprechens und der Sprache (Nr. 09331)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09332, 09333, 20330, 20331, 20332, 20333
im Behandlungsfall 09331, 20330, 20331

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1556, 1557

09331**Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache****292****31,60****Obligater Leistungsinhalt**

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
 - der Sprachentwicklung,
 - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
 - der Grammatik und Syntax,
 - der Artikulationsleistungen,
 - der prosodischen Faktoren,
 - des Redeflusses,
 - des Sprachverständnisses,
 - der zentralen Sprachverarbeitung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung der Stimme (Nr. 09330)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09332, 20330, 20331, 20332
im Behandlungsfall 09330

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1555

09332**Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie****324****35,07****Obligater Leistungsinhalt**

- Eingehende Untersuchung auf
 - Aphasie
 und/oder
 - Dysarthrie
 und/oder
 - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09330, 09331, 20330, 20331, 20332

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Bericht:

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 34 **Prüfzeit:** 29 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt, ggf. analoger Ansatz Nr.855*

09333 Stimmfeldmessung 60 6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB,
- Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme,
- Graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09330, 20330, 20333

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungen in der GOÄ nicht vorhanden

09335 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinder- audiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrianlage 140 15,15

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beobachtungsaudiometrie und/oder
- konditionierte Bestimmung der Hörschwelle und/oder
- Spielaudiometrie,
- an einer Kinderaudiometrianlage,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09335 setzt eine Kinderaudiometrianlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.

Abrechnungsausschlussin derselben Sitzung 09321, 09322, 20321, 20322, 20335
am Behandlungstag 20338

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1406*

09336 Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrianlage 168 18,18

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrische Untersuchung(en) des Sprachgehörs,
- an einer Kinderaudiometrianlage,
- Verwendung von Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bilddarbietung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09336 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09336 setzt eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09321, 20321, 20336
am Behandlungstag 20338, 20339, 20340

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1406*

09343**Zusatzpauschale bei Diagnostik des Tinnitus****154****16,67****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Tinnitusmatching,
- Messung der Verdeckbarkeit und/oder Maskierung,
- Beratung zum Umgang mit der Tinnitus-erkrankung (Dauer mindestens 10 Minuten),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Planung und Koordination der komplementären Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Einleitung und/oder Koordination weiterführender Behandlungen,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 09321, 20321
im Behandlungsfall 20343

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.
Wezel/Liebold kommentiert, dass mit der analogen GOÄ Nr. 1403* ... „die Messung der Verdeckbarkeit oder Maskierung des Ohrgeräusches berechnet werden kann...“

09345*

Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

191**20,67****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 09345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle
- und des Pharynx,
- der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx,
- der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet,
- Kaposi-Sarkom des Gaumens,
- bösartige Neubildungen der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs,
- des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses,
- bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems,
- sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals,
- Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

09350**Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese****133****14,39****Obligator Leistungsinhalt**

- Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese,
- Absaugung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 09360, 09361, 09362

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden

09351**Anlage einer Paukenhöhlendrainage****168****18,18****Obligator Leistungsinhalt**

- Anlage einer Paukenhöhlendrainage,
- Inzision des Trommelfells,
- Entleerung der Paukenhöhle,
- Einlegen eines Verweilröhrchens,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal am Behandlungstag

Anmerkung Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09351.

Die Gebührenordnungsposition 09351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231

berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115 b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09351 entsprechend.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 09360, 09361, 09362

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1576 + Zuschlag 442

Da in der Leistungslegende keine Begrenzung angegeben ist, kann eine beidseitige Paukenhöhlendrainage entsprechend zweimal mit der Nr. 09351 abgerechnet werden. Für die spätere Entfernung des Verweilröhrchens ist keine Leistungsziffer anzusetzen, da dies Bestandteil der Grundpauschale ist (siehe Anlage 1).

09360**Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich****60
6,49****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09360 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09360 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09360.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

am Behandlungstag 09329

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 09310, 09315, 09316, 09317, 09350, 09351, 09361, 09362

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1429, 1430, 1435

Die Nrn. 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – höchstens aber 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Werden mehrere der anderen genannten Eingriffe in einer Sitzung ausgeführt, ist die Nr. 09360 nur einmal berechnungsfähig.

Wird die Leistung nach Nr. 09360 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht, so ist, wenn der Eingriff in Narkose erfolgte, die Leistung nach EBM-Nrn. 31321 oder 36231 zu berechnen.

09361

Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

**129
13,96**

Obligator Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung und/oder
- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder
- Eröffnung eines Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel, Karbunkel) im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder
- Punktion einer Kieferhöhle und/oder
- Parazentese und/oder
- Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle und/oder
- Geschlossene Reposition einer Nasenbeinfraktur und/oder
- (Wieder-)Eröffnung eines peritonsillären Abszesses und/oder
- Sondierung und/oder Bougierung einer Stirnhöhle vom Naseninnern aus und/oder
- Aufrichtung und/oder Schienung des Trommelfells bei frischer Verletzung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Návuszellnávussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09361 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09361 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09361.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2, 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 09310, 09315, 09316, 09317, 09350, 09351, 09360, 09362

am Behandlungstag 09329

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1428, 1459, 1505, 1506, 1507

Die Nrn. 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit Návuszellnávussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden mehrfach in einer Sitzung – höchstens aber 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Werden mehrere der anderen genannten Eingriffe in einer Sitzung ausgeführt, ist die Nr. 09361 nur einmal berechnungsfähig. Erforderliche unterschiedliche Eingriffe in verschiedenen Sitzungen können jeweils einzeln mit der Nr. 09361 abgerechnet werden.

Wird die Leistung nach Nr. 09361 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erbracht, so ist, wenn der Eingriff in Narkose erfolgte, die Leistung nach EBM-Nrn. 31321 oder 36231 zu berechnen.

09362

Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

219
23,70

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

und/oder

- Entfernung von Speichelsteinen mit Gangschlitzung

und/oder

- Anbohrung einer Stirnhöhle von außen

und/oder

- Entfernung von Polypen aus der Paukenhöhle

und/oder

- Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf

und/oder

- Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09362 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09362 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09362.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

am Behandlungstag 09329

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 09310, 09315, 09316, 09317, 09350, 09351, 09360, 09361

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1428, 1438, 1439, 1440, 1441, 1472, 1519, 1527

Werden mehrere der genannten Eingriffe in einer Sitzung ausgeführt, ist die Nr. 09361 nur einmal berechnungsfähig. Erforderliche unterschiedliche Eingriffe in verschiedenen Sitzungen können jeweils einzeln mit der Nr. 09361 abgerechnet werden.

09364

Zusatzpauschale für Nachsorge der operativen Behandlung bei chron. Sinusitis nach ICD J32.

83
8,98

Obligatorer Leistungsinhalt

- Absaugung unter endoskopischer und/oder mikroskopischer Kontrolle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 09364 und/oder 20364 sind in Summe höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09364 ist höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09364 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig, das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Abrechnungsausschluss im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

09365 Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V **83
8,98**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Pflege und Reinigung des Gehörganges und/oder des Mittelohres,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringen von Medikamenten,
- Tympanoskopie,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 09365 und/oder 20365 sind in Summe höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09365 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09365 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig, das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Abrechnungsausschluss im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

09372 **Obligatorer Leistungsinhalt** **494
53,46**

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie,
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Beratung über Versorgungsmöglichkeiten,
- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 20372

am Behandlungstag 09373, 20373

im Behandlungsfall 09320, 09321, 09323, 09374, 20320, 20321, 20323, 20374

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

09373 Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen **523
56,60**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/ von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der

Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,

- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung, Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09320, 09321, 20320, 20321

im Krankheitsfall 20373

am Behandlungstag 09372, 09374, 20372, 20374

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

09374

Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

452
48,92

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09374 ist nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09374 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 09373, 20373

im Behandlungsfall 09320, 09321, 09372, 20320, 20321, 20372, 20374

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

09375

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09373 und 09374

62
6,71

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräteakustiker,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 09375 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 09375 nicht berechnungsfähig.

9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 20375

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung
der einzeln erbrachten Leistungen.

10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen

10.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen hautärztliche Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01731, 01734, 01740, 01745, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02325, 02326, 02327, 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.

4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30800, 36884 und Nrn. 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.4, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-31.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

5. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 19310 bis 19312, 19315 und 19320 berechnungsfähig. Diese Vertragsärzte können die Gebührenordnungspositionen 19310 bis 19312 und 19320 berechnen, wenn sie eine mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung nachweisen können. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19315 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

7. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4.1, 11.4.3, 11.4.4 und 19.4 berechnungsfähig.

8. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

9. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 10350 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Erbringung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 10350 muss in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte (einschließlich Apparategemeinschaft) in Anwesenheit eines Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgen.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 10 – die Leistungen nach den Nrn. 10210 bis 10345 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen hautärztliche Leistungen erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Leistungen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen.

10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen

Hat einer der oben genannten Ärzte eine mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung, kann er ferner aus dem Bereich des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen – Pathologie) die Leistungen nach den Nrn. 19310, 19312 und 19320 abrechnen.

Bei Vorliegen einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screenung ist für die oben genannten Ärzte auch die Nr. 19315 (Histopathologische Untersuchung) abrechnungsfähig.

Ferner sind für die oben genannten Ärzte bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen zusätzlich die Gebührenordnungen des Abschnitts 11.3 (Diagnostische humangenetische Leistungen) abrechnungsfähig.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nr. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentationsplan,
 - Nr. 01701 Grundpauschale Prävention
 - Nr. 01731 Krebsfrüherkennung Männer
 - Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
 - Nr. 01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
 - Nr. 01745 Hautkrebsfrüherkennung
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
 - Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
 - Nrn. 02310 bis 02313 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus, Diabetischer Fuß, venöse Ulcera curis
 - Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter
 - Nr. 02330 Arterienpunktion
 - Nr. 02331 Intraarterielle Injektion

- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- Nr. 02350 Fixierender Verband
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nr. 02500 Einzeleinhalationen
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.4 Physikalische Therapie
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.6 Proktologie
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

10.2 Hautärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,

- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

10210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

129
13,96

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 11 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

10211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

140
15,15

Abrechnungsausschluss Siehe Nr. 10210

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

10212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

143
15,48

Abrechnungsausschluss Siehe Nr. 10210

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

10220 Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212

18
1,95

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 10220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

10222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 10220

5
0,76

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 10222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

10227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	2
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	0,22
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 10227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
	Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630	
	Berichtspflicht Nein	

10.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 sind nur für die (Teil-)Exzision von kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderungen im Rahmen des Hautkrebscreenings gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnungsfähig. Exzisionen bzw. radikale Exzisionen von großen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderungen sind über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels IV-31 bzw. IV-36 berechnungsfähig. Dabei gilt die Definition der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt nach den Allgemeinen Bestimmungen I-4.3.7.

2. Die Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 sind bei Patienten mit mehreren verdächtigen Hautveränderungen gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie nebeneinander und/oder mehrfach in einer Sitzung – jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig.

Kommentar:

Im Zusammenhang mit den Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen notwendige (Teil-)Exzisionen von kleinen Hautveränderungen sind nach den Nrn. 10343 und 10344 berechnungsfähig.

Bei einem Patienten sind die Leistungen nach den Nrn. 10343 und 10344 nebeneinander und/oder mehrfach in einer Sitzung berechnungsfähig. Eine Obergrenze ist: insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag.

10310	Bestimmung der Erythemschwelle	78
	Obligatorer Leistungsinhalt	8,44
	• Bestimmung der Erythemschwelle,	
	• Überprüfung(en) der lokalen Hautreaktion(en)	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Nachkontrolle(n)	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 4 Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 761*	

10320*	Behandlung von Naevi flammei	186
	Obligatorer Leistungsinhalt	20,13
	• Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,	
	• Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Behandlung in mehreren Sitzungen,	
	Abrechnungsbestimmung bis zu 1 cm ² Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm ² je einmal	
	Anmerkung Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition.	
	Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm ² Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 10324, 10330	
	am Behandlungstag 10343, 10344	
	in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 10340, 10341, 10342	

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2440 + 440 (Zuschlag OP-Mikroskop) + Nr. 441 (Zuschlag f. Laser)

Kommentar: Die EBM-Nr. 10320 kann nur angesetzt werden, wenn ein gepulster Farbstofflaser verwendet wird. Wird eine andere Laserart genutzt, so ist die EBM-Nr. 10324 anzusetzen.

10322* Behandlung von Hämangiomen **152**
16,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areal und für jeden weiteren cm² je einmal

Anmerkung Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung. Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areal berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 10324, 10330

am Behandlungstag 10343, 10344

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 10340, 10341, 10342

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2885, 2886, 441 (Zuschlag f. Laser)

Kommentar: Die EBM-Nr. 10322 kann nur angesetzt werden, wenn ein gepulster Farbstofflaser verwendet wird. Wird eine andere Laserart genutzt, so ist die EBM-Nr. 10324 anzusetzen.

10324* Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen **149**
16,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Therapie mittels Laser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areal und für jeden weiteren cm² je einmal

Anmerkung Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung. Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm² Gesamtfläche des behandelten Areal berechnungsfähig. Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 10343, 10344

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 10340, 10341, 10342

im Behandlungsfall 10320, 10322, 10330

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2440 + 444, 2885, 2886, 441 (Zuschlag f. Laser)

Kommentar: Bei dieser Leistung sind nur Laserbehandlungen von Naevi und Hämangiomen berechnungsfähig. Die Behandlung seniler Angiome kann nicht nach dieser Leistung abgerechnet werden.

10330**Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde****272**
29,44**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Behandlung
 - einer offenen Wunde
- und/oder
 - einer Verbrennung
- und/oder
 - einer septischen Wundheilungsstörung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Wunddebridement,
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes,
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,
- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Leistung nach der Nr. 10330 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02312, 02313

im Behandlungsfall 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340, 10341, 10342

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 2003 – 2006 u. dann mehrmals im Quartal

Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Ist dies nicht der Fall, ist der Behandlungskomplex mit der Grundpauschale abgegolten.

10340**Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation****57**
6,17**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten
- und/oder
- Primäre Wundversorgung
- und/oder
- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 10340 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3IV-31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10340 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10340.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 02310, 02312, 10330

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

am Behandlungstag 10343, 10344

in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 02311, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10341, 10342 und Kapitel 30.5, 30.6

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus den Nrn. 2000 – 2010, 2030, 2401 bis 2404, 2800
Unter „Kleinchirurgischen Eingriffen I“ werden Eingriffe im Bereich der Dermatologie zusammengefasst, die in der Regel nur einer Oberflächenanästhesie bedürfen. Stellt sich während des Eingriffs heraus, dass eine Lokal- bzw. Leitungsanästhesie notwendig ist, kann diese nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Erfolgt der Eingriff zum Beispiel bei Neugeborenen und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in Narkose, so ist dafür die Nr. 31101 oder 36101 abzurechnen.

Die Nrn. 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden mehrfach in einer Sitzung – höchstens aber 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

10341

Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung

129
13,96

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder
- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder
- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder
- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder
- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder
- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder
- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 10341 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3IV-31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10341 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10341.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 10343, 10344

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

im Behandlungsfall 02310, 02312, 10330

in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340, 10342 und Kapitel 30.5, 30.6

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Die Nrn. 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden mehrfach in einer Sitzung – höchstens aber 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

10342

Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

239
25,87

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung einer Wunde mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss

und/oder

- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben

und/oder

- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

und/oder

- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)

und/oder

- Emmert-Plastik

und/oder

- Venae sectio,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 10342 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3IV-31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10342 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10342.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 10343, 10344

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

im Behandlungsfall 02310, 02312, 10330

in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340, 10341 und Kapitel 30.5, 30.6

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), bei Säuglingen, Kleinkindern ggf. höherer Steigerungsfaktor

Kommentar:

Unter „Kleinchirurgischen Eingriffen III“ werden Eingriffe im Bereich der Dermatologie zusammengefasst, die in der Regel nur einer Oberflächenanästhesie bedürfen. Stellt sich während des Eingriffs heraus, dass eine Lokal- bzw. Leitungsanästhesie notwendig ist, kann diese nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Erfolgt der Eingriff zum Beispiel bei Neugeborenen und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in Narkose, so ist dafür die Nr. 31101 abzurechnen.

Die Nrn. 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden mehrfach in einer Sitzung – höchstens aber 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

10343

(Teil-)Exzision einer malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 10344 genannten Regionen

136
14,72

Obligatorer Leistungsinhalt

- (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundverschluss

Anmerkung Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärem Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V gilt nicht für die Leistung der Gebührenordnungsposition 10343, sofern der Eingriff nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt ist.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 02300, 02301, 02302, 10320, 10322, 10324, 10340, 10341, 10342

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus den Nrn. 2401 bis 2404

10344

(Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung im Kopf-/Gesichtsbereich oder an der Hand

246
26,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundverschluss

Anmerkung Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärem Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V gilt nicht für die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 10344, sofern der Eingriff nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt ist.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 02300, 02301, 02302, 10320, 10322, 10324, 10340, 10341, 10342

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus den Nrn. 2401 bis 2404

10345*	Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	191 20,67

Obligator Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 10345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43-C44, Kaposi-Sarkom C46, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80, Mycosis fungoides C84.0.

Die Gebührenordnungsposition 10345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut,
- Kaposi-Sarkom,
- bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen,
- sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

10350*	Balneophototherapie entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 15 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einschließlich Kosten	398 43,07

Obligator Leistungsinhalt

- Balneophototherapie für Psoriasis gemäß § 1 der Nummer 15 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“,
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Eingangsuntersuchung,
- Untersuchung im Verlauf

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Bei allen Verfahren zur Balneophototherapie ist eine Behandlungshäufigkeit von 3 bis 5 Anwendungen pro Woche anzustreben. Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Behandlung mittels Balneophototherapie auf höchstens 35 Einzelanwendungen beschränkt (Behandlungszyklus). Ein neuer Behandlungszyklus kann frühestens 6 Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszyklus erfolgen.

Die Gebührenordnungsposition 10350 enthält alle Kosten, einschließlich der Kosten für die Mittel zur Herstellung der lichtsensibilisierenden Lösung gemäß § 2 Abs. 3 des G-BABeschlusses Balneophototherapie für die Bade-PUVA und Sprechstundenbedarf.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 30430, 30431

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 hat der Bewertungsausschuss die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 10350 „Balneophototherapie“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen.

Die Abrechnung der EBM Nr. 10350 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ voraus.

Wichtige Texte dieser Vereinbarung finden Sie im Internet <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?id=6043>.

11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen

Im gesamten Kapitel besteht bei allen EBM-Nummern Berichtspflicht (mind. Befundkopie an de Hausarzt – siehe Allgem. Bestimmungen 2.1.4).

Hinweise zur genetischen Untersuchung

Die Ärztekammer Berlin informiert

http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/10_Gesetzesänderungen/54_Gendiagnostikgesetz.html (Ausschnitte)

* Was ist eine genetische Untersuchung im Sinne des GenDG?

Der Begriff der genetischen Untersuchung ist im GenDG definiert (§ 3 Nrn. 1 bis 3 GenDG).

Danach ist eine genetische Untersuchung eine auf den Untersuchungszweck gerichtete

- a) genetische Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften oder
- b) vorgeburtliche Risikoabklärung

einschließlich der Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse.

Eine genetische Analyse ist eine auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Analyse

- a) der Zahl und der Struktur der Chromosomen (zytogenetische Analyse),
- b) der molekularen Struktur der Desoxyribonukleinsäure oder der Ribonukleinsäure (molekulargenetische Analyse) oder
- c) der Produkte der Nukleinsäuren (Genproduktanalyse).

Vorgeburtliche Risikoabklärung ist eine Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll.

* Was ist unter einer sog. diagnostischen und was unter einer sog. prädiktiven genetischen Untersuchung zu verstehen?

Unter einer diagnostischen genetischen Untersuchung versteht das GenDG (§ 3 Nr. 7 GenDG) eine genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken mit dem Ziel

- a) der Abklärung einer bereits bestehenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung,
- b) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die zusammen mit der Einwirkung bestimmter äußerer Faktoren oder Fremdstoffe eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung auslösen können,
- c) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, oder
- d) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die den Eintritt einer möglichen Erkrankung oder gesundheitlichen Störung ganz oder teilweise verhindern können.

Unter einer prädiktiven genetischen Untersuchung versteht das GenDG (§ 3 Nr. 8 GenDG) eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung

- a) einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung oder
- b) einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen.

Gesetze und Vereinbarungen

* Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen

(Gendiagnostikgesetz – GenDG) Ausfertigungsdatum: 31.07.2009

– Änderung Artikel 2 Absatz 31 u. Artikel 4 Absatz 18 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154)

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gendg/gesamt.pdf>

* Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs.2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) in der Fassung vom 21. März 2012

<http://www.kbv.de/media/sp/Molekulargenetik.pdf>

11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen

11.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
 - Fachärzten für Humangenetik,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik,
 - Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 11 erbringen und über eine Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels verfügen,
 berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 sind nur von Fachärzten für Humangenetik und von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 sind nur von Fachärzten für Humangenetik berechnungsfähig.
4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01025, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01222, 01023, 01024, 01025, 01320, 01321, 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01641, 01642, 01701, 01783, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01835 bis 01839, 02100, 02101, 02200, 02300 und 02330.
5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12 sowie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32.
6. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 und den Gebührenordnungspositionen 08570 bis 08574 berechnen.
7. Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels, die im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01790 bis 01792 und 01793, 01835 bis 01838 und 08570, 08571, 08572 bis 08574 erbracht werden, sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
8. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2.4 und 3.5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
9. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
10. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.
11. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.14 und 32.3.15 gemäß Nr. 35 gelten bei den in Nr. 1 genannten Vertragsärzten als erfüllt.
12. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 EBM durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 11.4.1, 11.4.2, 11.4.3 und 11.4.4 mit. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiter überwiesen hatte.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 – also die Leistungen nach den Nrn. 11210 bis 11232 können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von

- Fachärzten für Humangenetik,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik und
 - Vertragsärzten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von humangenetischen Leistungen als Auftragsleistungen verfügen,
- abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01610, 01611 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze, Verordnung von medizinischer Reha
 - Nrn. 01620, 01621 Kurze Bescheinigung, Krankheitsbericht
 - Nr. 01701 Grundpauschale Prävention
 - Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
 - Nrn. 01790 bis 01792 Humangenetische Beurteilung
 - Nrn. 01800, 01802 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
 - Nrn. 01835 bis 01839 Humangenetische Beratung/Beurteilung, Zytogenetische Untersuchung
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation
 - Nr. 02330 Arterienpunktion
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 32 Labor
- sowie aus dem Bereich der Reproduktionsmedizin (Kapitel 8.5) die Leistungen nach den Nrn. 08570 bis 08574

Werden Leistungen der Humangenetik im Zusammenhang mit den in Nr. 4 genannten Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung oder der Reproduktionsmedizin erbracht, sind sie nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung besonders zu kennzeichnen.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den humangenetischen Leistungen des Kapitels 11 nicht abrechnungsfähig, da sie in den Leistungen enthalten sind. Es kann aber die Kostenpauschale berechnet werden.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert abrechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Wenn genetische Untersuchungen nach dem Abschnitt 11.4 (molekulargenetische Stufendiagnostik) abgerechnet werden, können die Nrn. 11320 bis 11322 nicht berechnet werden.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Für molekulargenetische Untersuchungen nach Abschnitt 32.3.14 (Nrn. 32860 bis 32863) gelten die Qualifikationsvoraussetzungen für die in Nr. 1 genannten Vertragsärzte als erfüllt.

Im Zuge der Neufassung des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) wurde die in der alten Fassung des § 26 Abs. 6 BMV-Ä vorgenommene Regelung zum 1.10.2013 in den EBM übernommen.

11.2 Humangenetische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Klärung der genetischen Fragestellung,
- Humangenetische Eigenanamnese,
- Humangenetische Familienanamnese,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

11210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

373
40,37

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 42 **Prüfzeit:** 34 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden.

Kommentar: Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

11211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

416
45,02

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 11210.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 46 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

11212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	391 42,32
	Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 11210.	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 43 Prüfzeit: 35 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	

11.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen

Kommentar:

Die KBV informiert in ihrer Information der KBV 17/2010:

Kostenübermittlung ab 1. Juli 2010 auch für Leistungen des Kapitels 11.3

Arztpraxen, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen der Kapitel 11.3 EBM oder 32 E-GO durchführen, sind ab 1. Juli verpflichtet, dem überweisenden Arzt die Gebührennummern und die Höhe der Kosten mitzuteilen. Die Mitteilung erfolgt nach Abschluss der Untersuchung. Der Bundesmantelvertrag Ärzte und Ersatzkassen wurde entsprechend ergänzt. Eine analoge Regelung gibt es dort bereits für Leistungen des Kapitels 32 (Anlage 3).

11230*	Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung	143 15,48
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 08572	
	im Krankheitsfall 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 11233, 11301, 19401	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 9 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 85, ggf. Beratung nach Nr. 21	
Kommentar:	EBM-Leistungen mit gleichem Leistungsinhalt finden sich bei der	
	• Mutterschaftsvorsorge Nr. 01790	
	• Empfängnisregelung Nr. 01835	
	• Reproduktionsmedizin Nr. 08570	
	Diese genannten Leistungen sind natürlich nicht neben der Nr. 11230 oder Nr. 11231 abrechnungsfähig.	

11233	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer	553 59,85
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,	
	• Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,	
	• Detaillierte Erfassung und Analyse des	
	• Stammbaums über mindestens 3 Generationen,	
	• Schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem genetischen und/oder teratogenen Risiko,	
	• Quantifizierung des Risikos durch	
	– Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder	

- Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten und/oder
- Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n),
- in mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11233 setzt die Angabe des phänotypischen OMIM-Kodes oder, falls kein Eintrag in OMIM vorliegt, ersatzweise die Angabe der Art der Erkrankung voraus.

Die Gebührenordnungsposition 11233 ist im Fall der Beratung eines Erkrankten und seines Partners nur für den Erkrankten berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08572

im Krankheitsfall 01790 bis 01792, 01835 bis 01837, 08570, 08571, 11230

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 32 **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

11234 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233

553
59,85

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung des Patienten und/oder des/der Personensorgeberechtigten,

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu dreimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11234 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11235, 11236

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 32 **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

11235 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen bei einem Patienten mit einem Verdacht auf eine seltene, genetische Erkrankung einschließlich der Tumorprädispositionssyndrome

761
82,36

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung über das genetische und/oder teratogene Risiko unter Einbeziehung der relevanten Vorbefunde,
- Beurteilung der Prognose für den Erkrankten,
- Bestimmung des Risikos einer Erkrankung und/oder Anlageträgerschaft für Nachkommen,
- Schriftliche Zusammenfassung für den Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erfassung relevanter Vorbefunde in Kopie,
- Körperliche Untersuchung,
- Fallbezogene wissenschaftliche Recherche,
- Beratung des Patienten und/oder des/der Personensorgeberechtigten,

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu siebenmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11235 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsverein-

barung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Bis zum 31. Dezember 2018 ist die Gebührenordnungsposition 11235 auch ohne Genehmigung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 11235 ist nur berechnungsfähig, sofern es sich um einen Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens 5 zu 10.000 aufweist, und es sich gleichzeitig um den Indexpatienten der Familie handelt.

Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11235 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11234, 11236

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 41

Prüfzeit: 41

Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil

11236

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf manifeste unklare, schwer abgrenzbare genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome und/oder manifeste unklare Entwicklungsstörungen bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

863
93,40

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Körperliche Untersuchung,
- Foto- und/oder Videodokumentation,
- Erfassung relevanter Vorbefunde in Kopie,
- Fallbezogene wissenschaftliche Recherche,
- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,
- Beurteilung der Prognose für den Erkrankten,
- Beratung des Patienten und/oder des Personensorgeberechtigten,
- Schriftliche Zusammenfassung für den Patienten und/oder die/den Personensorgeberechtigte(n),

Abrechnungsbestimmung je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu neunmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11236 ist nur berechnungsfähig, sofern es sich bei dem Patienten um den Indexpatienten der Familie handelt und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine isolierte Intelligenzminderung, die mindestens einem IQ kleiner 70 entspricht, – dokumentiert im Rahmen einer neuropädiatrischen und/oder entwicklungsneurologischen Vordiagnostik klinisch und/oder mit standardisierten Testverfahren – vor.
- Postnatal bestehen lebensbeeinträchtigende Fehlbildungen und/oder Anomalien in zwei oder mehr Organsystemen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11236 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Bis zum 31. Dezember 2018 ist die Gebührenordnungsposition 11236 auch ohne Genehmigung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11236 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11234, 11235

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 46

Prüfzeit: 46

Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil

11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen

11.4 Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 sind nur für die in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen in Geweben und Organen berechnungsfähig. Genexpressionsanalysen sowie Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sind nicht berechnungsfähig.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 setzt die Angabe voraus, ob die Leistungen als diagnostische, prädiktive oder als vorgeburtliche Untersuchungen erbracht wurden.
3. Vor Durchführung einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 sind die Voraussetzungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zu überprüfen und falls erforderlich, festzustellen. Liegen zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen vor, so ist dies mit einer Begründung anzugeben. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist lediglich die Kenntnis der Information anzugeben.
4. Die Gebührenordnungspositionen 11511 bis 11514, 11516 und 11517 sind nur berechnungsfähig, sofern es sich um einen Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens 5 zu 10.000 aufweist, handelt.
5. Darüber hinaus sind die Gebührenordnungspositionen 11508, 11513 und 11514 gemäß einer Indikationsstellung nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V mit nachfolgender Ausnahme ausschließlich für den Indexpatienten der Familie berechnungsfähig: sofern nach einer Prüfung gemäß Nr. 3 zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen bezogen auf das Untersuchungsziel vorliegen, sind die Gebührenordnungspositionen 11508, 11513 und 11514 mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.
6. Sofern eine genetische Untersuchung durchgeführt wird, ist zu prüfen, ob bei einem anderen Mitglied der Familie die krankheitsauslösende(n) oder krankheitsrelevante(n) Mutation(en) genetisch gesichert wurde(n). Ist (sind) in der Familie (eine) krankheitsauslösende Mutation(en) gesichert und gemäß Präambel Nr. 3 festgestellt, so sind nur die Gebührenordnungsposition 11518 sowie die Gebührenordnungspositionen „bei bekannter Mutation“ des Abschnitts 11.4.2 berechnungsfähig. Wird das Untersuchungsziel durch die Beschränkung auf die bekannte(n) Mutation(en) des/der Indexpatienten nicht erreicht, sind darüber hinausgehende Untersuchungen nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.
7. Als Indexpatient wird eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person und als Anlagenträger ein (noch) symptomfreier Versicherter mit nachgewiesener Mutation bezeichnet. Eine Risikoperson ist ein Versicherter mit formalgenetisch möglicher Anlageträgerschaft. Die Untersuchung auf Anlageträgerschaft setzt eine Indikation gemäß § 3 Nr. 8 Gendiagnostikgesetz voraus.
8. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11449, 11511 bis 11514, 11516 bis 11518 sowie 11521 und 11522 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, und die Angabe der Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) und des Multiplikators voraus.
9. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
10. Für Leistungen, die nach den Abschnitten 11.4.2 und 11.4.3 berechnungsfähig sind, ist eine Stufendiagnostik durchzuführen.
11. Sofern (eine) indikationsbezogene genetische Untersuchung(en) mit (einer) Gebührenordnungsposition(en) des Abschnitts 11.4.2 vorgenommen werden kann/können, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 zu berechnen. Der Untersuchungsumfang der indikationsbezogenen Stufendiagnostik nach Abschnitt 11.4.2 ist für diese Indikation abschließend.
12. Die vollständige Untersuchung eines Gens umfasst mindestens die Mutationsanalyse der kodierenden Sequenzen (Exone) und der transkriptions- und translationsrelevanten flankierenden Signalsequenzen.
13. Untersuchungen, die zur Amplifikations-, Kontaminations- oder Identitätskontrolle eingesetzt werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
14. Untersuchungen zur Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.4 berechnungsfähig.

Kommentar:

Mit Wirkung zum 1.7.2016 wurden im Rahmen der Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 diese in konstitutionell genetische (Abschnitt 11.4.) und tumorgenetische (Abschnitt 19.4 im Kapitel 19) Laborleistungen differenziert.

In den aktuellen Leistungsbeschreibungen werden jetzt pathogenetische und nicht mehr wie zuvor methodische Leistungsinhalte beschrieben.

Die fachlichen Anforderungen bleiben überwiegend unverändert bis auf die Qualifikationsnachweise, die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie nachweisen müssen. Während Kinder – und Jugendärzte bisher Leistungen des Abschnitts 11.3 abrechnen durften, wenn sie die Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 4.4 (schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin) oder 4.5 (Pädiatrie mit Zusatzweiterbildung) erfüllten, benötigen sie jetzt zusätzlich die Qualifikationsvoraussetzungen für die Leistungen des Abschnitts 11.4. Bei Pathologen bzw. Neuropathologen gelten die Qualifikationsvoraussetzungen jetzt auch dann als vorliegend, wenn sie eine Weiterbildung gemäß der Musterweiterbildungsordnung 2003 nachgewiesen haben.

§ 3 Nr. 8 Gendiagnostikgesetz hat folgenden Wortlaut:

„§ 3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes 8. ist prädiktive genetische Untersuchung eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung

a) einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung oder

b) einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen,...“

11.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen

Kommentar:

In dem neugefassten Unterabschnitt 11.4.1 sind fallbezogene Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen zusammengefasst.

11301* Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung 224 24,24

Obligatorer Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung,
- Probenaufarbeitung,
- Ärztliche Beurteilung und Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung auf Grundlage zugesandter schriftlicher Unterlagen,
- Konsultation des Überweisers zum Auftrag,
- Probenvernichtung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11301 ist im Behandlungsfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse

im Krankheitsfall 11210, 11211, 11212, 11230, 11233, 11234, 11235, 11236, 11303, 19401

Berichtspflicht Ja

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 7 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

11302* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 und den Gebührenordnungspositionen 11502 bis 11518 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen 927 100,33

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,
- Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank, sofern diese Variante oder Mutation bisher nicht dokumentiert ist,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11302 unterliegt einer Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 11302. Ab der 1.301. Leistung wird die Gebührenordnungsposition 11302 mit 742 Punkten bewertet.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11302 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Abrechnungsausschluss

Im Behandlungsfall 11521, 11522

im Krankheitsfall 11303, 19401

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 17 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

11303* Erneute Beurteilung und Befundung von vor mindestens 4 Jahren erhobenen Rohdaten genetischer Analysen der Gebührenordnungspositionen 11508, 11513 und 11514 auf Krankheitsrelevanz von Varianten mit vormals unklarer klinischer Signifikanz im Erstbefund **492**
53,25

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11303 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 11521, 11522

im Krankheitsfall 11301, 11302, 19401

Berichtspflicht Ja

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 23 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

11304* Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuche nach den Gebührenordnungspositionen 11449 oder 11514 **600**
64,94

Obligatorer Leistungsinhalt

- Angaben zum Patienten,
- Angabe der rechtfertigenden Indikation der beantragten Untersuchung des Patienten auf eine genetisch bedingte Erkrankung,
- Epikrise, insbesondere im Hinblick auf die Prüfbarkeit der rechtfertigenden Indikation, einschließlich Angabe der Verdachtsdiagnose gemäß ICD-10-GM, der seltenen Erkrankung und der humangenetischen Vorbefunde,
- Beschreibung des konkreten Untersuchungsumfangs mit tabellarischer Auflistung von Genname(n) einschl. Angabe der kodierenden Sequenzlänge,
- Gennummer(n) nach OMIM,
- Nachweise zu den Untersuchungsumfang begründenden Studien,
- Bewertung der differentialdiagnostischen und -therapeutischen sowie der prognostischen Aussage der Untersuchung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 11449, 11514

Berichtspflicht Ja

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 32 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar:

Im Verbindung mit der Genehmigung der EBM Nrn. 11449 und 11514 wurde dieses Gutachten zum Juli 2016 eingeführt und dient dem Patienten oder dem Sorgeberechtigten – ohne Vordruck - zum Erhalt der Genehmigung.

Zu beachten ist, dass die EBM Nr. 11304 nur abgerechnet werden kann, wenn die Genehmigung nicht ausgesprochen wird.

D.h. erst wenn die Ablehnung der Krankenkasse erfolgt ist, darf die Leistung erbracht und abgerechnet werden.

Ohne diese Ablehnung können die EBM Nrn. 11449 bzw. 11514 abgerechnet werden.

11.4.2 Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen

Kommentar

Kommentar:

In diesem Abschnitt finden sich vererbare Erkrankungen. Für diese durchaus seltenen Erkrankungen finden sich teilweise Hinweise zu einer Stufendiagnostik.

11351*	Cystische Fibrose – Gezielte Untersuchung auf die häufigsten Mutationen im CFTR-Gen	2945 318,73
	Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
	Anmerkung Die Untersuchung umfasst mindestens die folgenden Mutationen: N1303K, F508del, R553X, G542X, G551D, R347P, 3849+10kb C>T, 1717-1G>A, CFTRdele2,3, W1282X, 2789+5G>A, 2183AA>G, R1162X, M1101K, 2143delT, 2184delA, 3272-26A>G, dell507, G85E, 621+1G>T, 3659delC, R334W, 1677delTA, 1078delT, E92X, 3905insT, E60X, I336K, 2184insA, A455E und Y1092X.	
	Berichtspflicht Ja	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 3 Eignung der Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
11352*	Cystische Fibrose – vollständige Untersuchung	10993 1189,73
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• vollständige Untersuchung des CFTR-Gens,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11352 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung auf Grund der Analyseergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 11351 nicht vollständig beantwortet werden konnte.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 17 Eignung der Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
11355*	Noonan-Syndrom – Mutationssuche	4340 469,70
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Mutationssuche im PTPN11 Gen,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
	Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11355 und 11356 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.	
	Berichtspflicht Nein	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 3 Eignung der Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
11356*	Noonan Syndrom – weitere Gene	38037 4116,59
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Mindestens vollständige Untersuchung der Gene SOS1, RAF1, RIT1, BRAF und KRAS,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11356 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund des Analyseergebnisses entsprechend der Gebührenordnungsposition 11355 nicht vollständig beantwortet werden konnte. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11355 und 11356 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.	
	Berichtspflicht Nein	
11360*	Fragiles X- und Fragiles X-assoziiertes Tremor-/Ataxie-Syndrom - Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation	2123 229,76
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Untersuchung auf eine CGG-Expansion im FMR1-Gen,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Untersuchung auf eine CGG-Expansion mit Analyse des Methylierungsstatus im FMR1-Gen bei einem Erkrankten oder bei einer weiblichen Risikoperson,	

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Berichtspflicht** NeinAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung der Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11370*** Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – Untersuchung auf Deletionen und Duplikationen – auch bei bekannter Mutation **2457**
265,91**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf große Deletionen und Duplikationen im Dystrophin-Gen,

Abrechnungsbestimmung einmal im KrankheitsfallAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11371*** Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – vollständige Untersuchung **20615**
2231,08**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Vollständige Untersuchung des Dystrophin-Gen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 11371 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung auf Grund des Analyseergebnisses entsprechend der Gebührenordnungsposition 11370 nicht vollständig beantwortet werden konnte.Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 53 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11380*** Chorea Huntington – auch bei bekannter Mutation **867**
93,83**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf eine CAG-Repeat-Expansion im Huntingtin-Gen,

Abrechnungsbestimmung einmal im KrankheitsfallAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11390*** Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curshman-Steinert) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation **1705**
184,53**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf eine CTG-Expansion des DMPK-Gens mittels PCR und Fragmentanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine CTG-Expansion des DMPK-Gens mittels Southern-Blot-Hybridisierung,

Abrechnungsbestimmung einmal im KrankheitsfallAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11395*** Myotone Dystrophie 2 (DM2, PROMM) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation **1578**
170,78**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf eine CCTG-Expansion des ZNF-9-Gens mittels PCR und Fragmentanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine CTG-Expansion des DMPK-Gens mittels Southern-Blot-Hybridisierung,

Abrechnungsbestimmung einmal im KrankheitsfallAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**11400*** Hämophilie A – Analyse einer Inversion – auch bei bekannter Mutation **867**
93,83**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf eine Inversion in Intron 22 und Intron 1 des F8-Gens,

Abrechnungsbestimmung einmal im KrankheitsfallAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

11401*	Hämophilie A – vollständige Untersuchung Obligatorer Leistungsinhalt • Vollständige Untersuchung des F8-Gens auf Deletionen und Mutationen, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11401 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung auf Grund des Analyseergebnisses entsprechend der Gebührenordnungsposition 11400 nicht vollständig beantwortet werden konnte. Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 25 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	16418 1776,85
11410*	Spinale Muskelatrophie – Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation – auch bei bekannter Mutation Obligatorer Leistungsinhalt • Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation des SMN1- und SMN2-Gens, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	1229 133,01
11411*	Spinale Muskelatrophie – vollständige Untersuchung Obligatorer Leistungsinhalt • Vollständige Untersuchung des SMN1- und SMN2-Gens, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Anmerkung Soweit beim Versicherten eine Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11410 eine homozygote Deletion ergeben hat, ist die Gebührenordnungsposition 11411 nicht berechnungsfähig. Soweit bei einer Risikoperson eine Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11410 eine heterozygote Deletion ergeben hat, ist die Gebührenordnungsposition 11411 nicht berechnungsfähig. Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 4 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	4484 485,29
11420*	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I – Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen Obligatorer Leistungsinhalt • Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen (Connexin 26), und/oder • Untersuchung auf die Deletion del(GJB6-D13S1830) im GJB6-Gen (Connexin 30), Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 6 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	5022 543,51
11431*	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – weitergehende Untersuchung bei Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität entsprechend der Gebührenordnungsposition 11430 oder einer Expressionsminderung eines Gens (MLH1, PMS2, MSH2 oder MSH6) um mehr als 50% im Tumormaterial Obligatorer Leistungsinhalt • Vollständige Untersuchung auf konstitutionelle Deletionen und Mutationen der Gene – MLH1 und/oder PMS2 und/oder • MSH2 und/oder MSH6, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 11432 Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 31 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	13435 1454,02
11432*	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung, wenn kein Tumormaterial vorliegt Obligatorer Leistungsinhalt • Untersuchung auf Deletionen, Duplikationen und Mutationen der Gene MLH1, MSH2, MSH6 bzw. PMS2,	21444 2320,80

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 11430, 11431

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

11440* Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – Mutationsanalyse im BRCA1-Gen **25872**
2800,02

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf Mutationen (große Deletionen, Duplikationen und Mutationen) des BRCA1-Gens,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 24 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

11444* Marfan-Syndrom und Typ 1 Fibrillinopathien – Mutationssuche Marfan-Syndrom und Typ 1 Fibrillinopathien – Mutationssuche **19878**
2151,32

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mutationssuche im FBN1-Gen, Mutationssuche im FBN1-Gen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Mutationssuche in den Genen TGFB1 und/oder TGFB2, Mutationssuche in den Genen TGFB1 und/oder TGFB2,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht Ja

11445* Marfan-Syndrom und Typ 1 Fibrillinopathien – Deletions-/Duplikationsanalyse **2457**
265,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung des FBN1-Gens auf Deletionen und/oder Duplikationen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung des/der TGFB1- und/oder TGFB2-Gens/Gene auf Deletionen und/oder Duplikationen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11445 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund des Analyseergebnisses entsprechend der Gebührenordnungsposition 11444 nicht vollständig beantwortet werden konnte. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht Ja

11446* Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (Typ IV) – Mutationssuche **11392**
1232,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mutationssuche im COL3A1-Gen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht Ja

11447* Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (Typ IV) – Deletions-/Duplikationsanalyse **2457**
265,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung des COL3A1-Gens auf Deletionen und/oder Duplikationen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11447 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund des Analyseergebnisses entsprechend der Gebührenordnungsposition 11446 nicht vollständig beantwortet werden konnte.

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht Ja

11448* Mutationssuche in Genen, die eine thorakale Aortenerweiterung auslösen und mit einem Risiko der Aortendissektion einhergehen **38037**
4116,59

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mindestens Untersuchung der Gene ACTA2, COL3A1, FBN1, MYH11, MYLK, SMAD3, TGFB2, TGFB1 und TGFB2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf große Deletionen und/oder Duplikationen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 beträgt 38.037 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht Ja

11449* Genehmigungspflichtiger Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11352, 11371, 11401, 11411, 11431, 11432 und 11440 für die Mutationssuche in weiteren Genen **5749**
622,19

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vollständige Sequenzanalyse,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung nicht-kodierender genetischer Elemente,
- Nach- und/oder Bestätigungsdiagnostik mittels weiterer Verfahren,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11449 ist nur berechnungsfähig, sofern eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt.

Die Gebührenordnungsposition 11449 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund der Analyseergebnisse entsprechend den Gebührenordnungspositionen 11352, 11371, 11401, 11411, 11431, 11432 oder 11440 nicht vollständig beantwortet werden konnte.

Abrechnungsausschlüsse

im Krankheitsfall 11304

Berichtspflicht Ja

11.4.3 In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen

Kommentar:

In dem Unterabschnitt 11.4.3 wurden die Leistungen für die genetische Diagnostik bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen zusammengefasst

11501* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen **772**
83,55

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anlage einer Kultur,
- Aufbringen der Zellen auf Träger zu weiteren Analysen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage weiterer Kulturen,
- Langzeitkultur,
- Wachstumsfaktoren,
- Differenzierungsfaktoren,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

Leistung(en) im Krankheitsfall 08574

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11502* Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse **701**
75,87

Obligater Leistungsinhalt

- G- und/oder R-Bänderungsanalyse,
- Bilddokumentation des Karyotyps von mindestens vier Metaphasen,
- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere Färbungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

Leistung(en) im Krankheitsfall 08574

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11503* Postnatale molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung **414**
44,81

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung von mindestens 10 Zellen,
- Bilddokumentation von mindestens 3 Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens 2 Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11503 beträgt 4.140 Punkte im Krankheitsfall.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 11503 bis 11508 beträgt 12.000 Punkte im Krankheitsfall.

Abrechnungsausschluss

Leistung(en) im Krankheitsfall 08574

11506* Untersuchung einer uniparentalen Disomie mit mindestens acht polymorphen Zielsequenzen **578**
62,55

Obligater Leistungsinhalt

- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 11503 bis 11508 beträgt 12.000 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11508* Postnatale gesamtgenomische Untersuchung auf konstitutionelle Imbalancen **8818**
954,34

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf Mikrodeletionen und -duplikationen mit einer diagnostischen Auflösung von 50 Kilobasen oder besser,
- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,

Abrechnungsbestimmung Die Gebührenordnungsposition 11508 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fragestellung aufgrund der Analyseergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 11502 nicht vollständig beantwortet werden konnte.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 11503 bis 11508 beträgt 12.000 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11511* Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen **211
22,84**

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchung der Gebührenordnungsposition 11511 beträgt 3.165 Punkte im Krankheitsfall.

Die Gebührenordnungsposition 11511 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Darüber hinaus ist Gebührenordnungsposition nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11512* Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen **1229
133,01**

Abrechnungsbestimmung je Gen

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11512 ist nicht für zytogenetische Fragestellungen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 11512 ist nur berechnungsfähig, sofern die Bruchpunkte außerhalb der Zielsequenz liegen.

Die Gebührenordnungsposition 11512 ist z. B. für die Anwendung der MLPA-Technik, eines Arrays oder einer semiquantitativen Mutationssuche berechnungsfähig.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11512 beträgt 7.374 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11513* Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen **542
58,66**

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Sequenzanalyse,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung nicht-kodierender genetischer Elemente,
- Nach- und/oder Bestätigungsdiagnostik zur analytischen Validierung mittels weiterer Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 250 kodierende Basen

Anmerkung Ab der 21. Leistung im Krankheitsfall wird die Gebührenordnungsposition 11513 mit 271 Punkten je vollendeten 250 kodierenden Basen bewertet.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11513 beträgt 24.914 Punkte im Krankheitsfall.

Die Gebührenordnungsposition 11513 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11514 berechnungsfähig.

Der Leistungsinhalt ist durch den Umfang der für die Fragestellung auszuwertenden kodierenden Sequenzlänge bestimmt, nicht durch die Sequenzlänge der Rohdaten.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11514* Genehmigungspflichtige postnatale Mutationssuche zum Nachweis od. Ausschluss einer krankheitsrelevanten od. krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in mehr als 25 kb kodierender Sequenz einschl. zugehöriger regulatorischer Sequenzen **30663
3318,53**

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Sequenzanalyse,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung nicht-kodierender genetischer Elemente,
- Nach- und/oder Bestätigungsdiagnostik mittels weiterer Verfahren,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 11514 ist nur berechnungsfähig, wenn eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sowie eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegen.

Die Gebührenordnungsposition 11514 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11304 und 11513 berechnungsfähig.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11516* Untersuchung auf konstitutionelle epigenetische Veränderungen mittels methylierungssensitiver Techniken **571**
61,80

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11517* Vollständige Untersuchung auf eine konstitutionelle krankheitsauslösende Repeat-Expansion **867**
93,83

Abrechnungsbestimmung je Gen

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11517 beträgt 5.202 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11518* Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutation(en) **667**
72,19

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11518 beträgt 2.668 Punkte im Krankheitsfall.

Berichtspflicht mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

11.4.4 Allgemeine in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen

11521 Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen, **211**
22,84

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11521 beträgt 2.110 Punkte im Krankheitsfall.

Abrechnungsausschlüsse

im Behandlungsfall 11302, 11303. Kapitel 11.4.2, 11.4.3

Berichtspflicht Ja

11522 Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA, **542**
58,66

Abrechnungsbestimmung je vollendete 250 kodierende Basen

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 11522 beträgt 5.420 Punkte im Krankheitsfall.

Abrechnungsausschlüsse

im Behandlungsfall 11302, 11303, Kapitel 11.4.2, 11.4.3

Berichtspflicht Ja

12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

12.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
 - Fachärzten für Laboratoriumsmedizin,
 - Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,
 - Fachärzten für Transfusionsmedizin,
 - Ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin,
 - Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 erbringen und ggf. über eine Genehmigung zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Speziallabors nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen,berechnet werden.
2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01435, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01641, 01642, 01700, 01701, 01708, 01709, 01724 bis 01727, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01828, 01833, 01838 bis 01840, 01915, 02100, 02101, 02200, 02300, 02330, 02400 und 02401.
3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30948, Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-30.12.2, Gebührenordnungspositionen des Kapitels IV-32.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
6. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von Fachärzten für Transfusionsmedizin zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 02110, 02111, 02112, 04572, 04573 und 13620 bis 13622 berechnungsfähig. Bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572, 04573 und 13620 bis 13622 sind abweichend von Nr. 2 dieser Präambel zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.
7. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-11.3 und III.b-11.4 berechnungsfähig. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte III.b-11.3 und 11.4 gemäß Satz 1 gelten bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin als erfüllt.
8. Werden die in den Grund- und Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 12 – also die Leistungen nach den Nrn. 12210 bis 12225 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Laboratoriumsmedizin,
- Vertragsärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,
- Ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (§ 7 Bundesmantelvertrag – Ärzte bzw. § 11 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen) und von

12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

- Vertragsärzten, die die Leistungen dieses Kapitels als Auftragsleistungen erbringen und – falls erforderlich – über eine Genehmigung nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Anhang zu den Laborrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) verfügen.

Neben diesem Kapitel sind Laborleistungen im EBM im Kapitel 32 als arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen geregelt.

Weiter sind für die oben genannten Ärzte bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen zusätzlich die Gebührenordnungen des Abschnitts 11.3 (Diagnostische humangenetische Leistungen) und 11.4 (Molekulargenetische Stufendiagnostik) abrechnungsfähig. Diese Qualifikationsvoraussetzungen gelten bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin als erfüllt.

Ferner sind für Fachärzte für Transfusionsmedizin bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 02110, 02111 und 02112 (Transfusion, Reinfusion) sowie 04572, 04573 und 13620 bis 13622 (Aphereseverfahren) abrechnungsfähig.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nrn. 01610, 01611 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze, Verordnung von medizinischer Reha,
 - Nrn. 01620, 01621 Kurze Bescheinigung, Krankheitsbericht,
 - Nr. 01700 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch,
 - Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch,
 - Nr. 01708 Labor Neugeborenen-Screening,
 - Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein,
 - Nr. 01793 Pränatale zytogenetische Untersuchung,
 - Nrn. 01810 bis 01812 Antikörpernachweis
 - Nr. 01816 Chlamydienscreening
 - Nr. 01828 Entnahme von Venenblut
 - Nr. 01829 Rötelnantikörper-Nachweis
 - Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis
 - Nrn. 01838, 01839 Postnatale zytogenetische Untersuchung
 - Nrn. 01840 Chlamydienscreening
 - Nrn. 01915 Chlamydienscreening
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation

- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02400 13C-Harnstoff-Atemtest
- Nr. 02401 H2-Atemtest
- Nr. 30948 MRSA-Fall- und/oder Netzwerkkonferenz
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 32 Labor

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den Laborleistungen des Kapitels 12 nicht abrechnungsfähig.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grund- oder Konsiliarpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen

12210* Konsiliarpauschale 80 8,66

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen von Auftragsleistungen des Kapitels IV-32,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme von Körpermaterial für Laboratoriumsuntersuchungen,

Abrechnungsbestimmung

 einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 12210 ist für Fachärzte für Transfusionsmedizin auch dann berechnungsfähig, wenn keine Auftragsleistung aus dem Kapitel 32 vorliegt.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Beratung + entsprechende Materialentnahme abrechnen.

Kommentar:

Bei einem persönlichen Kontakt zwischen Patient und Laborarzt kann diese Leistung berechnet werden.

12220* Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen, 14 1,52

Abrechnungsbestimmung je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32

Anmerkung Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird ab dem 6001. bis zum 12000. Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 mit 4 Punkten je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 bewertet. Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 mit 1 Punkt je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 bewertet.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschale nach der Nr. 12220 je beteiligten Vertragsarzt anzuwenden.
Bei Berufsausübungsgemeinschaften zwischen den in den Nrn. 12220 und 12225 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach der Nr. 12220 anzuwenden.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01700, 01701, 32001

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher durchgeführte Beratungen + entsprechende Materialentnahme abrechnen.

Kommentar:

Neben der Grundpauschale nach Nr. 12220 können von den in der Legende genannten Ärzten die Kosten für die Laboruntersuchungen nach 32.2 und 32.3 berechnet werden.

Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird mit Auftragsleistungen des Kapitels 32

- ab dem 6.001. bis zum 12.000. Behandlungsfall mit 10 Punkten
- ab dem 12.001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit 2 Punkten

je kurativ-ambulantem Behandlungsfall bewertet.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschale nach der Nr. 12220 je beteiligten Vertragsarzt anzuwenden.

12225*

Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung,

**5
0,54**

Abrechnungsbestimmung je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32

Anmerkung Die Grundpauschale nach der Nr. 12225 wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 mit 1 Punkt je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels IV-32 bewertet.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschale nach der Nr. 12225 je beteiligten Vertragsarzt anzuwenden.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften zwischen den in den Nrn. 12220 und 12225 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach der Nr. 12220 anzuwenden.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01700, 01701, 32001

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher durchgeführte Beratungen + entsprechende Materialentnahme abrechnen.

Kommentar:

Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird mit Auftragsleistungen des Kapitels 32

- ab dem 12.001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit 3 Punkten

je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 bewertet.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschale nach der Nr. 12220 je beteiligten Vertragsarzt anzuwenden.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften zwischen den in den Nrn. 12220 und 12225 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach der Nr. 12220 anzuwenden.

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

13.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen internistische Leistungen erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt können in diesem Kapitel entweder nur die Gebührenordnungspositionen ihres jeweiligen Schwerpunktes in den Abschnitten 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 oder die Grundpauschale ihres Schwerpunktes sowie die Leistung nach Nr. 13250 oder die Grundpauschale ihres Schwerpunktes sowie die Gebührenordnungspositionen 13400, 13402, 13421, 13422 und 13423, 13571 und 13573 bis 13576 berechnen.

4. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt können in diesem Kapitel neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.1 die Gebührenordnungsposition 13250 sowie zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 13360, 13400, 13402, 13421, 13422, 13423, 13435, 13571 und 13573 bis 13576 berechnen. Bei einer in Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) können Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Gebührenordnungsposition 13250 die Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 13.2.2.3 berechnen.

5. Erfolgt eine in Art und Umfang definierte Überweisung (Definitionsauftrag) zu einer in der Gebührenordnungsposition 13250 oder der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 enthaltenen Teilleistungen, so können Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Komplexleistung die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 13.2.2.3 oder die entsprechenden Gebührenordnungspositionen der Bereiche II und IV berechnen.

6. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01436, 01438, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01731, 01732, 01734, 01740 bis 01742, 01747, 01748, 01776, 01777, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01820, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02501 und 02510 bis 02512.

7. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 37100, 37102, 37113, 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7, IV-30.9, IV-30.10, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5 und IV-31.6 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35, IV-36 und Kap. 38.

8. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3, 4, 6 und 7 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

9. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-11.3 berechnungsfähig.

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

10. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 13 – also die Leistungen nach den Nrn. 13210 bis 13701 – können – vorbehaltlich der weiteren Bestimmungen dieses Kapitels – grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, oder
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen internistische Leistungen erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Leistungen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen.

Ferner ergeben sich für die Gruppe der Internisten mit Schwerpunkt und die Gruppe der Internisten ohne Schwerpunkt zusätzliche differenzierte Abrechnungsvoraussetzungen.

1. Internisten mit Schwerpunkt können neben den Leistungen des Abschnitts 13.2.1 (Internistische Grundleistungen)

- **entweder nur** Leistungen ihres jeweiligen Schwerpunktes nach den Abschnitten 13.3.1 (Angiologie), 13.3.2 (Endokrinologie), 13.3.3 (Gastroenterologie), 13.3.4 (Hämato-/Onkologie), 13.3.5 (Kardiologie), 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse), 13.3.7 (Pneumologie), 13.3.8 (Rheumatologie)
- **oder** die Grundpauschale ihres Schwerpunktes und die Leistung nach Nr. 13250 (Zusatzpauschale für fachinternistische Behandlung)
- **oder** die Grundpauschale ihres Schwerpunktes und die Leistungen nach den Nrn. 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 und 13552 (Komplexleistungen aus dem Bereich Gastroenterologie und Kardiologie) abrechnen.
- Bei Definitionsaufträgen zu einer in der Zusatzpauschale für fachinternistische Behandlung (Nr. 13250) oder zu einer in den Abschnitten 13.3.1 (Angiologie), 13.3.2 (Endokrinologie), 13.3.3 (Gastroenterologie), 13.3.4 (Hämato-/Onkologie), 13.3.5 (Kardiologie), 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse), 13.3.7 (Pneumologie), 13.3.8 (Rheumatologie) enthaltenen Teilleistung bzw. Leistung, kann im Behandlungsfall an Stelle der Komplexleistung die entsprechende Leistung des Unterabschnitts 13.2.2.3 (weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen) oder die entsprechende Leistung aus den Bereichen II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen) oder IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen) abgerechnet werden.

2. Internisten ohne Schwerpunkt können neben den Leistungen des Abschnitts 3.2.1 (Internistische Grundpauschalen)

- Leistungen nach Nr. 13250 (Zusatzpauschale für fachinternistische Behandlung) abrechnen
- **und zusätzlich** Leistungen nach den Nrn. 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 (Gastroenterologie/Koloskopie), 13435 (onkologische Betreuung) **oder** 13552 (Schrittmacherkontrolle).
- Bei einem Definitionsauftrag (nach Art und Umfang definierter Überweisung) können an Stelle der Zusatzpauschale für fachinternistische Behandlung (Nr. 13250) Leistungen des Unterabschnitts 13.2.2.3 (Weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen) abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,

- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst
- Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
- Nrn. 01520, 01521 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken
- Nrn. 01530, 01531 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
- Nr. 01731 Krebsfrüherkennung Männer
- Nr. 01732 Gesundheitsuntersuchung
- Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
- Nrn. 01740 bis 01742 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, Koloskopischer Komplex
- Nr. 01776 bis 01777 Gestationsdiabetesscreening
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
- Nrn. 01800 bis 01812 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
- Nr. 01820 Wiederholungsrezept, Überweisungsschein, Befundübermittlung bei Empfängnisregelung
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nrn. 02310 bis 02313 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus, Diabetischer Fuß, venöse Ulcera curis
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nrn. 02340 bis 02343 Punktion, Lumbalpunktion, Pleuradrainage
- Nr. 02350 Fixierender Verband
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

- Nr. 02400 13C-Harnstoff-Atemtest
- Nr. 02401 H₂-Atemtest
- Nrn. 02500, 02501 Einzelinhalationen,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.6 Proktologie
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
 - 30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie
 - 36 Belegärztliche Leistungen

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

13.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung

13.2.1 Internistische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

124
13,42**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Ansatz der erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

202
21,86

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 21 Prüfzeit: 17 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Ansatz der erbrachten Einzelleistungen.

13212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **216**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13210. **23,38**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 23 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Ansatz der erbrachten Einzelleistungen.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 13340, 13341, 13342, 13344, 13346, 13347, 13350, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

13220 Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 **41**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **4,44**

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.** **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

13222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13220 **11**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **1,19**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.** **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 **9**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,97**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

13.2.2 Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen

13.2.2.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Unterabschnittes können von allen Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt berechnet werden, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende qualifikationsgebundene Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen 30400 bis 30402, 30410, 30411, IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7, IV-30.9, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-32, IV-33, IV-34 und IV-35.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen dieses Unterabschnittes – also die Leistungen nach den Nrn. 13250 bis 13260 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5) nur abgerechnet werden von Fachärzten für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Unterabschnitts sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.5 Phlebologie
 - 30.6 Proktologie
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

13.2.2.2 Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen

13250* Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung

157
16,99

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erhebung des Ganzkörperstatus

und/oder

- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe und nach Belastung (Belastungs-EKG) mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes mit wiederholter Blutdruckmessung

und/oder

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

und/oder

- Langzeitblutdruckmessung mit
 - Automatisierter Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
 - Computergestützter Auswertung,

- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
 - Auswertung und Beurteilung des Befundes
- und/oder
- **Spirographische Untersuchung** mit
 - Darstellung der Flussvolumenkurve,
 - In- und expiratorischen Messungen,
 - Graphischer Registrierung
- und/oder
- **Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status**
 - in Ruhe und/oder bei Belastung
- und/oder
- zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie
- und/oder
- **Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex** mit
 - Rektoskopie, ggf. einschließlich Polypenentfernung(en),
 - Patientenaufklärung,
 - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
 - Nachbeobachtung und -betreuung
- und/oder
- **Allergologische Basisdiagnostik**, einschl. Kosten
 - Allergologische Anamnese,
 - Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

Fakultativer Leistungsinhalt

- **Klinisch-neurologische Basisdiagnostik,**
- **Prämedikation/Sedierung,**
- **Proktoskopie,**
- **Rektale Palpation,**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Erbringung von Langzeit-EKG-Untersuchungen setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13250 mit Ausnahme der Aufzeichnung und Auswertung eines Langzeit-EKG auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 30600, 32247

im Behandlungsfall 03241, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 04241, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 04516, 04536, 08333, 08334, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13410, 13411, 13412, 13420, 13430, 13431, 13437, 13438, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13677, 13700, 13701, 22230, 27310, 27311, 27321, 27322, 27323, 27324, 27330, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 36881, 36882, 36883, 36884

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Bei Fach-Internisten sind Ganzkörperstatus, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Spirographie usw. und auch Ganzkörperstatus, Belastungs-EKG mit mind. 12 Ableitungen, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirographie, Bestimmung der

Blutgase und des Säure-Basen-Status, Prokto-/Rektoskopie und allergologische Basisdiagnostik obligate Bestandteile der Zusatzpauschale.

Wird ein Ruhe-EKG mit weniger als 12 Ableitungen erbracht oder Kontroll-EKGs innerhalb des Quartals, so sind diese mit der Grundpauschale abgegolten.

Diese Zusatzpauschale nach Nr. 13250 steht vor allen Dingen fachärztlich tätigen Internisten ohne eine Schwerpunktbezeichnung zur Verfügung. Die Grund- und Zusatzpauschalen im Bereich der Internisten mit Schwerpunkt z.B. Angiologie, Hämatologie/Onkologie, Endokrinologie u.a. sind höher bewertet. Neben der fachinternistischen Zusatzpauschale sind Definitionsaufträge nach Abschnitt 13.2.2.3 nicht berechnungsfähig.

13.2.2.3 Weitere, nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

13251* Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG) 200 21,65

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7, 13.3.8
in derselben Sitzung 03321, 04321, 17330, 17332, 27321

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 11 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 652

Eine kontinuierliche Überwachung des EKG-Kurvenverlaufes ist am Monitor erforderlich. Ein kontinuierliches Schreiben eines Papierstreifens allerdings nicht. Diese Leistung darf nur in Anwesenheit des Arztes in der Praxis durchgeführt werden.

Neben der fachinternistischen Zusatzpauschale können Definitionsaufträge nicht berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 13251 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13252* Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer 67 7,25

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13252 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03322, 04322, 27322
im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 659*

Eine neben dem Langzeit-EKG durchgeführte Langzeit-Blutdruckmessung, bei der allerdings der Zeitraum zwei Stunden länger sein muss, ist zusätzlich nach Nr. 13254 abrechenbar. Die Leistung nach Nr. 13252 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen – Stand 1. Januar 2015 (Anlagen zum BMV-Ä – http://www.kbv.de/media/sp/Langzeit_EKG.pdf

13253* Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer **92** 9,96

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13253 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03241, 04241, 27323

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 659*

Kommentar: Wer die Genehmigung zur Auswertung von Langzeit-EKGs hat, kann beide Nrn. für das EKG-Aufzeichnen nach Nr. 13252 und die Auswertung nach Nr. 13253 abrechnen. Versandkosten können im Rahmen einer Überweisung vom überweisenden Arzt und vom auswertenden Arzt nach Nr. 40120 ff. abgerechnet werden.

Umfasst der Definitionsauftrag zusätzlich eine Langzeit-Blutdruckmessung, so kann diese auch zusätzlich zu der Nr. 13252 abgerechnet werden.

Wird die Aufzeichnung von einem und die Auswertung von einem zweiten Arzt durchgeführt, so muss dem Arzt für die Auswertung ein Überweisungsschein ausgestellt werden.

Die Leistung nach Nr. 13253 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.

13254* Langzeit-Blutdruckmessung **78** 8,44

Obligater Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03324, 04324, 27324

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 654* – aber nur 18 Stunden

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13254 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.

13255* Spirographische Untersuchung **60** 6,49

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03330, 04330, 27330

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 605*, 605a*

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13255 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.

13256* Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status

74
8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmung in Ruhe und/oder
- Bestimmung bei Belastung und/oder
- Zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 in derselben Sitzung 01857, 04536, 05350, 05372, 32247, 36884

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3710*

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13256 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.

Werden mehrere Bestimmungen nach Belastung und/oder zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie durchgeführt, so ist trotzdem die Leistung nur einmal abrechenbar.

13257* Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie

85
9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie und/oder
- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 03331, 04331, 04516, 08333, 30600 im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 690 (Rektoskopie), 705 (Proktoskopie)

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13257 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250. Leistungen der kleinen Chirurgie EBM-Nrn. 02300 und 02301 können nicht neben Nr. 13557 abgerechnet werden.

Mit dem Ordinationskomplex sind abgegolten(siehe Anlage 1):

- anorektale Austastung,
- digitale Untersuchung der Prostata,
- Untersuchung mit Spreizspekulum,

- Digitale Ausräumung,
- Unblutige Erweiterung des Schließmuskels,
- Einbringung von Fäden in eine Analfistel

13258* Allergologische Basisdiagnostik (einschl. Kosten)**80**
8,66**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Allergologische Anamnese,
- Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 380 ff.**Kommentar:** Die Leistung nach Nr. 13258 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig und nicht neben der fach-internistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250.**13260*** Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypenentfernung(en)**57**
6,17**Obligatorer Leistungsinhalt**

- vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 08334, 30600, 30601
im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 30600, 30601, 36881, 36882, 36883, 36884 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 696**Kommentar:** Auch wenn in einer Sitzung mehrere Polypen entfernt werden, kann der Zuschlag nur einmal abgerechnet werden.**13.3 Schwerpunktorientierte internistische Versorgung****13.3.1 Angiologische Gebührenordnungspositionen**

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.1 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie berechnet werden.

Kommentar:**Auf einen Blick: Inhalte des Kapitels 13.3 und Angabe der berechnenden Arztgruppen****13.3.1 Angiologische Gebührenordnungspositionen**

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie berechnet werden.

13.3.2 Endokrinologische Gebührenordnungspositionen

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie berechnet werden.

13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden.

13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden.

13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden.

13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.

13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenfachärzten berechnet werden.

13.3.8 Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie

Diese Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie berechnet werden.

In den jeweiligen Kapiteln wird zusätzlich auch beschrieben, welche Vertragsärzte einzelne Leistungen nach Genehmigung durch die KV berechnen dürfen.

Leistungen der Abschnitte 13.3.3 bis 13.3.8 sind auch Kinder- und Jugendärzten mit den entsprechenden Schwerpunkten gestattet.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen (s. Absätze 5.1 und 6.2) wird seit Jahren ermöglicht, dass bei entsprechender Behandlung des Patienten an sich unverträgliche Leistungen aus verschiedenen internistischen Schwerpunkten (Abschnitt 13.3) doch nebeneinander berechnet werden können.

Wezel/Liebold informiert in seinem Kommentar:

... „Dies ist für einen Arzt, der in mehreren Schwerpunkten tätig wird, mit einem Abschlag von 10 % sowohl an der Punktzahl als auch an der Prüfzeit verbunden. Dies gilt seit dem 1. Oktober 2012 auch für die Nebeneinanderberechnung mit schwerpunktorientierten pädiatrischen Leistungen der Abschnitte 4.4 und 4.5. Solche Leistungen sind ggf. zu kennzeichnen (Hinweise der regionalen KV beachten)...“

Grundpauschale**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13290

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

179
19,37**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881 und Kapitel 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 19 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt.

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13291 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **202**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13290. **21,86**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 21 Prüfzeit: 17 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13292 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **207**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13290. **22,40**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: 22 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13294 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 für die **41**
angiologisch-internistische Grundversorgung **4,44**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13294 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13290, 13291, 13292, 13296, 13297 und/oder 32001 berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13296 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13294 **11**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **1,19**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13296 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13297 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 **2**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,22**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13297 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

13300***Zusatzpauschale Angiologie****614****66,45****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Sonographische Untersuchung(en) der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten (Nr. 33070) und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33071) und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33072) und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33073),
- Farbcodierte Untersuchung(en) (Nr. 33075),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung(en) extrakranieller hirnversorgender Gefäße und der Periorbitalarterien mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 12 Ableitungsstellen (Nr. 33060),
- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen (Nr. 33061),
- Sonographische Untersuchung(en) der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen (Nr. 33076),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) in Ruhe, mit reaktiver Hyperämie,
- Photoplethysmographie(n),
- Kapillarmikroskopische Untersuchung(en) mit Bilddokumentation, Funktionstest(en),
- Blutige Venendruckmessung(en) in Ruhe, mit Belastung und graphischer Registrierung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13300 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13300 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von verschlussplethysmographischen bzw. photoplethysmographischen, kapillarmikroskopischen sowie blutigen phlebodynamometrischen Untersuchungen oder der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 33071 verfügt.

Entgegen Nr. I-2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen kann in schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und in Medizinischen Versorgungszentren die Gebührenordnungsposition 13300 neben der Gebührenordnungsposition 13550 berechnet werden.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 30500, 33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33075, 33076 und Kapitel 13.2.1, 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 39 **Prüfzeit:** 36 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13300 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, speziellen Leistungen des Kapitels 33 (Ultraschall-diagnostik) sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13301* Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300 **67** **7,25**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Laufband-Ergometrie zur Objektivierung der Gehfähigkeit unter fortlaufender Monitor-kontrolle

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Dopplerdruckindex nach Belastung,
- Kaltluftprovokation

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622 und Kapitel 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. A 796

13310* Zusatzauspauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine **253** **27,38**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intermittierende fibrinolytische Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine und/oder

- Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01530, 02100, 02101

am Behandlungstag 01531

im Behandlungsfall 01520, 01521, 13210, 13211, 13212, 36881, 36882 und Kapitel 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) der Nrn. 275, 276

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13310 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig. Die Leistung dürfen auch Chirurgen abrechnen.

13311* Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung **90** **9,74**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Systemische Fibrinolyse arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331

im Behandlungsfall 01520, 01521, 01530, 01531, 13210, 13211, 13212, 36881, 36882 und Kapitel 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. analog Nrn. 272, 274, 277

Kommentar:

Diese Leistung kann nur im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 13311 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13.3.2 Endokrinologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.2 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie berechnet werden.

Kommentar:

Alle Leistungen dieses Abschnitts können grundsätzlich nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie abgerechnet werden. Nach Abschnitt 1.3. der Allgemeinen Bestimmungen ist Voraussetzung das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13340

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

163

17,64

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulant und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13341	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13340.	225 24,35
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 23 Prüfzeit: 19 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13342	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13340.	217 23,49
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 22 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13344	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13344 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13340, 13341, 13342, 13346, 13347 und/oder 32001 berechnet werden.	41 4,44
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13346	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13344 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition „13346“ wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	11 1,19
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13347	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13347 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630 Berichtspflicht Nein	3 0,32
13350*	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion Obligater Leistungsinhalt • Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion, • Einleitung, ggf. Durchführung und Verlaufskontrolle einer medikamentösen oder operativen Therapie bzw. Strahlentherapie, Fakultativer Leistungsinhalt • Einleitung einer endokrinologischen Stufendiagnostik (z.B. Durstversuch, Metopirontest, Insulinhypoglykämietest, Releasing-Hormon-Test), • Einbeziehung der Bezugsperson(en), Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3	166 17,97
Bericht:	Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht	

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

13360 Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time- Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) **72
7,79**

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13360 ist höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Kommentar Siehe. Kommentar zur Nr. 03355.

13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.3 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13423 können darüber hinaus von allen in der Präambel III.b-13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden. Die Gebührenordnungspositionen 13400 und 13402 können von allen in der Präambel III.b-13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungsposition 13439 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ berechnet werden.

Kommentar:

Alle Leistungen dieses Abschnitts können grundsätzlich nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie abgerechnet werden. Nach Abschnitt 1.3. der Allgemeinen Bestimmungen ist Voraussetzung das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien.

Darüber hinaus können

- die Leistungen nach den Nrn. 13421 bis 13423 von allen Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung haben,
- die Leistungen nach Nrn. 13400 und 13402 von allen Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- die Leistung nach der Nr. 13439 (Zusatzpauschale: Bauchspeicheldrüsen oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträger) von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ abgerechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	108 11,69
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01436 im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
Kommentar:	Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar. Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar. In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...) enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben. Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen. Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.	
13391	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	191 20,67
	Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13390.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 20 Prüfzeit: 16 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13392	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	198 21,43
	Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13390.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 21 Prüfzeit: 17 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13394	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	41 4,44
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13394 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13390, 13391, 13392, 13396, 13397 und/oder 32001 berechnet werden.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13396	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13394	11 1,19
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13396 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	

13397	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13397 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630 Berichtspflicht Nein	2 0,22
13400*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie Obligatorer Leistungsinhalt • Ösophagoskopie und/oder • Ösophagogastroskopie und/oder • Ösophagogastroduodenoskopie, • Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, • Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, • Nachbeobachtung und -betreuung, • Foto-/Videodokumentation(en) Fakultativer Leistungsinhalt • 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400), • Ureasenachweis, einschl. Kosten, • Probeexzision, • Probepunktion, • Fremdkörperentfernung(en), • Blutstillung(en), • Prämedikation/Sedierung Anmerkung Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt. Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02400, 13411, 13412, 13430, 13431 im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13350, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883, 13677 und Kapitel 13.2.2.3 Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 21 Prüfzeit: 16 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nr. 680 ff. Kommentar: Diese Leistung und ggf. der Zuschlag nach Nr. 13402 können auch fachärztliche Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung abrechnen. Gestattet ist die Abrechnung neben der fachinternistischen Zusatzpauschale nach Nr. 13250. Auch Chirurgen dürfen diese Leistung abrechnen.	835 90,37
13401*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400 Obligatorer Leistungsinhalt • Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sonden-einführung und/oder • Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en)	513 55,52

und/oder

- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en)

und/oder

- Durchzugsmanometrie des Ösophagus

und/oder

- Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 691, 693

Kommentar:

Diese Leistung kann auch von Chirurgen abgerechnet werden. Kostenpauschale Nr. 40160 bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Nr.13401 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklerosierungsnadel(n).

13402*

Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400

278

30,09

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 13423

im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13677, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 695

Kommentar:

Nach der Leistungslegende ist die Nr. 13402 nur für Polypektomien mit Hochfrequenzdiathermieschlinge abrechnungsfähig.

Eine Polypektomie im Rahmen der Leistung Nr. 13421 oder 13422 wird nach Nr. 13423 berechnet

13410*

Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung

246

26,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bougierung des Ösophagus

und/oder

- Dehnung des unteren Ösophagussphinkters (Kardiasprengung),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 780, 781

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13410 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

Diese Leistung kann auch von Chirurgen berechnet werden. Wird die Bougierung von HNO-Ärzten ausgeführt, ist die Nr. 09317 abzurechnen

13411* Einsetzen einer Ösophagusprothese 840 90,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Einsetzen einer Ösophagusprothese,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 13400

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 34 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) Nr. 681

Kommentar: Neben dieser Leistung kann die Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie nicht berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 13411 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Diese Leistung kann auch von Chirurgen berechnet werden.

13412* Perkutane Gastrostomie 990 107,14

Obligatorer Leistungsinhalt

- Perkutane Gastrostomie,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02320, 02340, 02341, 13400

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 31 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 670, 682

Kommentar: Neben dieser Leistung kann die Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie nicht berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 13411 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht

neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig. Chirurgen dürfen diese Leistung auch erbringen.

13420***Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind****179**
19,37**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en)

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13420 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02320

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 697

Die Leistung nach Nr. 13420 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Diese Leistung kann auch von Chirurgen berechnet werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass unter festgelegten Voraussetzungen eine Kapselendoskopie erbracht und nach Nr. 13420 abgerechnet werden kann.

Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Kapselendoskopie bei Blutungen des Dünndarms – vom 11. November 2010

§ 1 Indikation

(1) Die Kapselendoskopie des Dünndarms darf bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 2, 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztliche Leistung bei der Indikation „obskure gastrointestinale Blutung“ erbracht werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. a) Vorliegen einer persistierenden oder rezidivierenden Eisenmangelanämie, wenn nachvollziehbar keine andere Ursache als ein enteraler Blutverlust in Frage kommt oder

b) Nachweis von sichtbarem oder okkultem Blut im Stuhl bei gleichzeitiger Hb-Konzentration unterhalb des Normbereichs
und jeweils

2. vorausgegangene endoskopische Untersuchung von Speiseröhre, Magen, Duodenum, Dickdarm sowie des Analkanals und nach Möglichkeit des terminalen Ileums ohne Nachweis einer Blutungsquelle.

Zur Abrechnung nach GOÄ äußerte sich die BÄK schon 2005:

Beschluss des „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ bei der Bundesärztekammer veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 14 (08.04.2005), Seite A-1006 Im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4689.4703.4843.4844.4845>

Abrechnung der Kapselendoskopie nach GOÄ

...A 707 Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes

Analog Nr. 684 GOÄ plus Nr. 687 GOÄ (2700 Punkte)

Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie).

Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen...

13421***Zusatzpauschale Koloskopie****1766**
191,13**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallsausrüstung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Probeexzision(en),
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung,
- Darstellung des terminalen Ileums

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13421 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 02401, 13422, 13430, 13431 im Behandlungsfall 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13300, 13301, 13310, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13677, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nr. 687 + Beratungsleistungen

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13421 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben anderen allgemein internistischen Leistungen, sowie Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Diese Leistung und auch die Zusatzpauschalen nach Nrn. 13423 und 13424 können auch von Chirurgen berechnet werden.

Kostenpauschale Nr. 40160 bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Nr. 13421 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklosierschleife(n).

13422***Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie****1080**
116,88**Obligatorer Leistungsinhalt**

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Gebührenordnungsposition 13421 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13422 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01741, 02300, 02301, 02302, 13421

im Behandlungsfall 04518, 13300, 13301, 13310, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13677, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 688

Kommentar: Erfolgt keine Darstellung des Colon transversums, ist nur die Nr. 13257 abrechenbar.
 Die Leistung nach Nr. 13422 kann auch von Chirurgen berechnet werden.
 Kostenpauschale Nr. 40160 bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Nr. 13422 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklerosierungsnaht(n).

13423* Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422 **262** **28,36**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en)
und/oder
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
und/oder
- Blutstillung(en)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01742, 02300, 02301, 02302, 04520, 13402
 im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13677, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 695 oder Nr. 696

Kommentar: Wird eine Polypektomie oder Biopsie im Rahmen der Krebsfrüherkennung ausgeführt, so sind Nr. 01741 mit Nr. 01742 abzurechnen.
 Diese Leistung kann auch von Chirurgen berechnet werden.

13424* Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13400, 13421 und 13422 **424** **45,89**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302
 im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 706

Kommentar: Die Leistung kann je Sitzung nur einmal berechnet werden, auch wenn mehrere Laservaporisationen und/oder Argon-Plasma-Koagulationen ausgeführt werden.
 Diese Leistung kann auch von Chirurgen berechnet werden.

13425*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V	1139 123,27

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13425 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskapsel.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13425 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01741, 13430, 13431

am Behandlungstag 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10**Prüfzeit:** 8**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

13426*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinien Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V	2435 263,53

Obligatorer Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 in der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13426 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 75**Prüfzeit:** 60**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

13430*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	1429 154,65

Obligatorer Leistungsinhalt

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel(n),

- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme von Sekret(en), Bürstenbiopsien,
- Probeexzision(en),
- Foto-/Videodokumentation(en),
- Prämedikation/Sedierung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13430 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 13400, 13421, 13425, 13431, 34250

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 31 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. Nr. 686 u.a.

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13430 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben Leistungen aus dem Bereich 13.3, nicht neben Leistungen nach Definitionsauftrag und nicht neben dem koloskopischen Komplex nach Nr. 13421 abrechnungsfähig.

13431*

Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie

2051
221,97

Obligatorer Leistungsinhalt

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri entsprechend der Gebührenordnungsposition 13430 mit
 - Papillotomie(n)
- und/oder
 - Zertrümmerung von Steinen
- und/oder
 - Extraktion von Steinen
- und/oder
 - Legen einer Verweilsonde
- und/oder
 - Platzierung und/oder Entfernung einer Drainage im Gallen- oder Pankreasgang,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel(n),
- Foto-/Videodokumentation

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13431 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 13400, 13421, 13425, 13430, 34250

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 57 **Prüfzeit:** 50 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. Nr. 686

Kommentar: Neben der Leistung nach Nr. 13411 ist die Zusatzpauschale nach Nr. 13430 nicht abrechenbar; ebenfalls nicht zusätzlich abrechenbar sind Röntgenaufnahmen von Gallen- und Pankreasgängen.

13435* **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** **191
20,67**

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13435 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Abdomen C76.2, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 13435 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300

im Behandlungsfall 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Auszüge aus **Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) – zuletzt geändert am 31.10.2011, In Kraft getreten am 01.01.2015 Onkologie-Vereinbarung – im Internet:**

http://www.kbv.de/media/sp/07_Onkologie.pdf

13437* Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers 209 22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

13438* Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers 209 22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Dünndarm-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

13439* Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers 209 22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Behandlung von Nieren-/Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ist die Gebührenordnungsposition 13439 nur von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13601, 13622 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13601, 13622, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.4 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden.

Kommentar:

Alle Leistungen nach den Nrn. 13490 bis 13502 – können grundsätzlich nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie abgerechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13490 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

232
25,11

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13491 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

306
33,12

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13490.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 29 **Prüfzeit:** 24 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13492 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **320**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13490. **34,63**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 31 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13494 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 für die hämato-/ **41**
 onkologisch-internistische Grundversorgung **4,44**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13494 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13490, 13491, 13492, 13496, 13497 und/oder 32001 berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13496 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13494 **11**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **1,19**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13496 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13497 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 **9**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,97**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13497 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

13500* Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/ **191**
 zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/ **20,67**
 oder immunologischen Systemerkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung,
- Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en).

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13500 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig. Eine erforderliche zytostatische Therapie ist zusätzlich nach Nr. 13502 abrechenbar.

13501* Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen **191
20,67**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intensivierte Nachbetreuung nach allogener oder autologer Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen,
- Nachbetreuung von Patienten mit Stammzelltransplantation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en).

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13551 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13502* Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte antiproliferative Behandlung **191
20,67**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intensive, aplasieinduzierende und/oder
- Toxizitätsadaptierte Behandlung,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en).

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13552 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig. Eine erforderliche Behandlung nach Nr. 13500 ist zusätzlich abrechenbar.

13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.5 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13576 können darüber hinaus von allen in der PrDie Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13576 können darüber hinaus von allen in der Präambel 13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden.

3. Für Praxen, die über die Möglichkeit der Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügen, ist die Gebührenordnungsposition 13545 nicht berechnungsfähig.

4. Für Praxen, die nicht über die Möglichkeit der Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kipppliege-Ergometers) verfügen, ist die Gebührenordnungsposition 13550 nicht berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Leistungen dieses Abschnitts können grundsätzlich nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie abgerechnet werden. Nach Abschnitt 1.3. der Allgemeinen Bestimmungen ist Voraussetzung das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien.

Darüber hinaus kann die Leistung nach Nr. 13552 von allen Fachärzten für Innere Medizin abgerechnet werden, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung haben.

Für Praxen, die einen Kipppliege-Ergometer zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Belastung haben, ist die Zusatzpauschale Kardiologie I (Nr. 13545) nicht abrechnungsfähig. Für Praxen, die eine solche Möglichkeit nicht vorhalten, ist die Zusatzpauschale Kardiologie II (Nr. 13550) nicht abrechnungsfähig.

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13540

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

143
15,48

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13541	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	207
	Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13540.	22,40
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 22 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13542	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	214
	Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13540.	23,16
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 23 Prüfzeit: 19 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13543	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	41
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	4,44
	Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13540, 13541, 13542, 13544, 13547 und/oder 32001 berechnet werden.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13544	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13543	11
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	1,19
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13544 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13545*	Zusatzpauschale Kardiologie I	679
	Obligatorer Leistungsinhalt	73,49
	• Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022), • Druckmessung(en),	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Infusion(en) (Nr. 02100), • Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330), • Intraarterielle Injektion (Nr. 02331), • Belastungs-EKG (Nr. 13251), • Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252), • Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253), • Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254), • Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021), • Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020), • Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe, • Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, • Laufbandergometrie(n), • Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, • Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten, • Applikation der Testsubstanz(en),	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13545 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13545 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arterienendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 13300 und 13301 verfügt.

In schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und in medizinischen Versorgungszentren kann die Gebührenordnungsposition 13545 neben der Gebührenordnungsposition 13300 berechnet werden.

In der Gebührenordnungsposition 13545 sind die Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters enthalten.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 02100, 02101, 02330, 02331, 03241, 03321, 03322, 03324, 04241, 04321, 04322, 04324, 04410, 13210, 13211, 13212, 13250, 13550, 13622, 27321, 27322, 27323, 27324, 30500, 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13545 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13547

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542

2
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13547 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

13550*

Zusatzpauschale Kardiologie II

831
89,94

Obligatorer Leistungsinhalt

- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022)
- und/oder
- Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33030)
- und/oder
- Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakologischer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33031),
- Druckmessung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion (Nr. 02331),
- Belastungs-EKG (Nr. 13251),
- Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252),
- Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253),
- Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254),

- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020),
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021),
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13550 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13550 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 13300 und 13301 verfügt.

Entgegen Nr. I-2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen kann in schwerpunkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und in medizinischen Versorgungszentren die Gebührenordnungsposition 13550 neben der Gebührenordnungsposition 13300 berechnet werden.

In der Gebührenordnungsposition 13550 sind die Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters enthalten.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 02100, 02101, 02330, 02331, 03241, 03321, 03322, 03324, 04241, 04321, 04322, 04324, 13210, 13211, 13212, 13545, 27321, 27322, 27323, 27324, 30500, 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 39 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en).

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13550 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internalistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13551* Elektrostimulation des Herzens

511
55,30

Obligater Leistungsinhalt

- Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens,
- Elektrodeneinführung,
- EKG-Monitoring

Fakultativer Leistungsinhalt

- Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01222, 02300, 02301, 02302

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 27 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 430

13560*	Ergospirometrische Untersuchung	407 44,05
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe, • Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter, • Monitoring, • Dokumentation mittels „9-Felder-Graphik“	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 17 Prüfzeit: 15 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 606*	
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 13560 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.	

13561*	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	209 22,62
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Behandlung eines Transplantatträgers, • Kontrolle der Transplantatfunktion(en), • Überwachung des spezifischen Therapieschemas,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Instruktion der Bezugsperson(en), • Abstimmung mit dem Hausarzt,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13622, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8	
Bericht:	Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en).	
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 13561 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.	

13571*	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	184 20,45
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, • Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie, • Überprüfung des Batteriezustandes, • Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, • Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Umprogrammierung	
	Anmerkung	
	Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13571 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.	
	Die Gebührenordnungsposition 13571 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der	

ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 13571 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437 bis 13439, 13500 bis 13502, 13573 bis 13576, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar:

Die KVNord informiert u.a.: ... „Die Abrechnungssystematik zur Kontrolle von Schrittmachersystemen wird ab 1. Oktober 2017 differenzierter. In EBM-Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) werden jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen für die konventionelle Kontrolle und zwei EBM Nrn. für die telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachern aufgenommen. Zugleich werden die bisherigen EBM Nrn. 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen.

Die Bewertung der neuen EBM Nrn. ist abhängig vom Aggregattyp und nicht davon, ob es sich um eine konventionelle und telemedizinische Funktionskontrolle handelt. Damit wird der Aufwand für die Kontrolle der unterschiedlichen Systeme besser berücksichtigt. Die Vergütung erfolgt – wie bei den bisherigen EBM Nrn. – innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Unterschieden werden Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D).

Vertragsärzte, die solche Kontrolluntersuchungen durchführen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Ab Januar 2018 gelten die Anforderungen der neuen Vereinbarung...

Art der Funktionskontrolle	EBM Nr.	Bewertung (Punkte)
konventionell	13571 (Schrittmacher)	189
	13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350
	13575 (CRT)	431
telemedizinisch	13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350
	13576 (CRT)	431

Zu den Anforderungen der fachlichen Fähigkeiten, an die apparative Ausstattung u.ä. siehe die Informationen bei den regionalen KVen – hier ein Beispiel der KV Bremen: <https://www.kvhb.de/sites/default/files/rili-herzschrittmacher.pdf>

13573*

Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

350
37,88

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 13573 und 13574 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 13573 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13574 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13573 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437 bis 13439, 13500 bis 13502, 13571, 13575, 13576, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 13571

13574*

Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators

350
37,88

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 13573 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 13573 und 13574 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 13574 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13573 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13425, 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13500, 13501, 13502, 13571, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 13571

13575* Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) **431**
46,65
Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13575 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs.2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 13575 und 13576 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 13575 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13576 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13425, 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13500, 13501, 13502, 13571, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 19**Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**Kommentar:**

Siehe Kommentar zu Nr. 13571

13576* Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRTD) **431**
46,65
Obligatorer Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 13575 – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs.2 SGB V voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 13575 und 13576 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 13576 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13575 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13425, 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13500, 13501, 13502, 13571, 13575, 13576, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13664, 13670, 13675, 13700, 13701, 36881, 36882, 36883

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 19 **Eignung d Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 13571

13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse

1. Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592, 13600 und 13601 können – unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13602, 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13620 bis 13622 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

2. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder bei Apheresen entsprechend der Gebührenordnungsposition 13620, 13621 oder 13622 schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Gebührenordnungspositionen 13611 und 13612 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.

3. Neben den Gebührenordnungspositionen 13610, 13611, 13612, 13620, 13621 und 13622 sind aus den Abschnitten 01100, 01101, 01220, 01221, 01222, 01320, 01321, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

4. Die Gebührenordnungspositionen nach den Abschnitten 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622 berechnungsfähig.

5. Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066 bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.

6. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts der Anlage 9.1.3 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) die Gebührenordnungspositionen 13251 und 13254 für Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Die Leistungen nach der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) sind durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Abrechnung der in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen (Nrn. 13590 bis 13621) setzt den Besitz einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Dialyse-Behand-

lung und/oder LDL-Elimination voraus. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 13590 bis 13592, 13600 und 13601 ist auch Ärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie gestattet, die keine solche Genehmigung haben. Für die Erbringung von Leistungen der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren sind nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses erleichterte fachliche Voraussetzungen nachzuweisen.

Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 13610 (Zusatzpauschale) bei einer Zentrums- oder Praxisdialyse oder der Nrn. 13620 oder 13621 (Zusatzpauschalen) bei Aphereseverfahren setzt die ständige Anwesenheit des Arztes voraus. Dagegen genügt für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 13610 (Zusatzpauschale) bei Hemodialyse oder zentralisierter Hemodialyse bzw. 13611 und 13612 (Zusatzpauschale und Zuschlag) bei CAPD oder CCPD die ständige Bereitschaft des Arztes.

Neben den Pauschalen nach den Nrn. 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 sind aus den allgemeinen Gebührenordnungspositionen nur folgende Leistungen abrechnungsfähig:

- 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
- 01220 bis 01222 Reanimationskomplex,
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- 01411, 01412 und 01415 Besuch.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind. Neben den Zusatzpauschalen nach den Nrn. 13610 bis 13621 sind Leistungen nach den Abschnitten 2.1 (Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen) und 2.3 (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) dann nicht abrechnungsfähig, wenn es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung oder zur Beendigung von Dialyse oder Apherese handelt.

Während einer Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung dürfen weder vom Dialysearzt noch von einem Arzt, an den ein entsprechender Überweisungsauftrag gerichtet wurde, folgende Laborleistungen abgerechnet werden:

32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32065 (Harnstoff), 32066 bzw. 32067 (Kreatinin), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32081 (Kalium), 32082 (Calcium), 32083 (Natrium), 32086 (Phosphor anorganisch) und 32112 (PTT). Bei Abrechnung der Nr. 13611 (Zusatzpauschale bei CAPD oder CCPD) ist auch die Nr. 32036 (Leukozytenzählung) in gleicher Weise nicht abrechnungsfähig.

Die Einschränkungen der Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge gelten hinsichtlich der Nrn. 13251 (Belastungs-EKG und 13252 (Langzeit-EKG) wegen der Vorgaben der Anlage 9.1.3 der Bundesmantelverträge nicht für Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzte mit einer Dialysegenehmigung.

Die in der Anlage 9.1. der Bundesmantelverträge (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten) genannten Leistungen können nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten mit einer Dialysegenehmigung abgerechnet werden.

Siehe auch: **Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) vom 16. Juni 1997 in der Fassung vom 01. Juli 2009 Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren – im Internet:** <http://www.kbv.de/media/sp/Blutreinigungsverfahren.pdf>

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,

- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13590 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **145**
15,69

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.7, 13.3.8
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13591 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **246**
26,62

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13590.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 24 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13592 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **255**
27,60

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13590.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13594 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 für die **41**
4,44
nephrologisch-internistische Grundversorgung

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13594 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13590, 13591, 13592, 13596, 13597 und/oder 32001 berechnet werden.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13596	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13594 11 1,19 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13596 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
13597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 9 0,97 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13594 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630 Berichtspflicht Nein
13600*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten 209 22,62 Obligater Leistungsinhalt • Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche und/oder • Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit nephrotischem Syndrom, • Aufklärung über ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm, Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), • Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm, Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13600 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13602, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3 Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht Aufwand in Min. Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. analoger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) Nr. 15 etc. Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13600 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig. Voraussetzung zu den Blutreinigungsverfahren ist die Berechtigung zur Schwerpunktbezeichnung NEPHROLOGIE. Die Leistung nach Nr. 13600 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig. Siehe: Qualitätssicherungsvereinbarung der KBV zu den Blutreinigungsverfahren (2014): Fachliche Qualifikation, Organisation, Apparative Ausstattung u.ä.) http://www.kbv.de/media/sp/Blutreinigungsverfahren.pdf

13601* Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers **209** 22,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13601 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13602, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. anloger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2) Nr. 15 etc.

13602* Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten **302** 32,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Nr. 13256),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13602 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13600, 13601, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 23 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. anloger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) Nr. 15 etc.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13602 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internalistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13610* Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), **149** 16,13

Abrechnungsbestimmung je Dialysetag

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13610 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. Nrn. 785, 786, 790, 791, 792

Die Leistung nach Nr. 13610 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13611*

Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD),

**74
8,01**

Abrechnungsbestimmung je Dialysetag

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13611 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 793

Die Leistung nach Nr. 13611 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13612*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13610 oder 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse,

**225
24,35**

Abrechnungsbestimmung je vollendeter Trainingswoche

Anmerkung Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens 3 Hämodialysetage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen.

Die Leistungen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13612 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102 und Kapitel 1.5

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 790

Die Leistung nach Nr. 13612 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

13620*

Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

149
16,13

Abrechnungsbestimmung je Apherese

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13620 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

in derselben Sitzung 01102, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, analoger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) Nr. 792

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13620 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Ein Antragsverfahren ist für jeden Einzelfall erforderlich. Erst, wenn die Krankenkasse ihrem Versicherten einen positiven Leistungsbescheid mitteilt, kann der Arzt mit der Behandlung beginnen – s. folgende Richtlinie:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am in Kraft getreten am 1. Januar 2009 – im Internet unter: <http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/struktur/genuehmigung/antrag/ldl/>

Anlage I: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden Verzeichnis

1. Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

§ 1 Ziel und Inhalt

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von Apherese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Für die in § 3 genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung i.d.R. hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, sodass Apherese nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

§ 2 Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung

Die Durchführung und Abrechnung von Apherese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die in Abschnitt I (Dialyse) § 4 (fachliche Befähigung) der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung erfüllt und nachweist.

§ 3 Indikationen

3.1 LDL-Apherese können nur durchgeführt werden bei Patienten

- mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung,
- mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann,

- mit isolierter Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl und LDL-Cholesterin im Normbereich sowie gleichzeitig klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen).

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen.

3.2 Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis können nur durchgeführt werden bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmontatige Behandlung mit mindestens drei Basis-therapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Inter-leukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht. Ein Behandlungszyklus umfasst bis zu zwölf Immunapheresen, jeweils im wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung des Behandlungszyklus soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde (dokumentiert anhand validierter Aktivitäts-Scores, z.B. DAS-Score oder ACR-Score), und bedarf einer erneuten Genehmigung gemäß § 7.

3.3 Zur Indikationsstellung (auch im Wiederholungsfall) und im Behandlungsverlauf sind folgende Sachverhalte für jeden Einzelfall zu dokumentieren:

- Begründung der Indikation bzw. deren Fortdauern,
- relevante Laborparameter und deren Verlauf, bei rheumatoider Arthritis zusätzlich Verlauf validierter Aktivitätsscores,
- Therapiemaßnahmen unter Angabe insbesondere der eingesetzten Arzneimittel, ihrer Dosierungen und der jeweiligen Behandlungsdauer,
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die zu einer Änderung oder einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen Therapie geführt haben, belegt durch UAW-Meldung an die Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft oder an das BfArM,
- ggf. Kontraindikationen gegen bestimmte Arzneimittel.

§ 4 Ergänzende ärztliche Beurteilung

Der Indikationsstellung zur LDL-Apherese hat eine ergänzende kardiologische bzw. angiologische und lipidologische Beurteilung des Patienten voranzugehen. Der Indikationsstellung zur Apherese bei rheumatoider Arthritis hat eine ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch einen Internisten oder Orthopäden voranzugehen, der den Schwerpunkt „Rheumatologie“ führt. Die ergänzende Beurteilung darf nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

§ 5 Beratende Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten zur Beratung der Indikationsstellungen zur Apherese fachkundige Kommissionen ein, an denen je Kommission insgesamt zwei von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen benannte fachkundige Ärzte des MDK beratend teilnehmen. Die beratenden Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln jedes Jahr im ersten Quartal die folgenden Daten des Vorjahres über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

- Anzahl der Erst- und Folgeanträge pro Indikation,
- Anzahl der abgelehnten und der angenommenen Anträge pro Indikation.

Zur Prüfung durch die Kommission legt der indikationsstellende Arzt für jeden Einzelfall die vollständige Dokumentation gem. § 3 Nr. 3.3., die ergänzende medizinische Beurteilung gemäß § 4 sowie eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung dieser personenbezogenen Angaben vor.

Bei der Beratung der Einzelfall-Indikation hat die Kommission der leistungspflichtigen Krankenkasse Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Über das Beratungsergebnis unterrichtet die Beratungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung die leistungspflichtige Krankenkasse, die ihrerseits den Versicherten entsprechend informiert.

§ 6 Genehmigung der Apherese im Einzelfall

Die Durchführung und Abrechnung der Apherese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist in jedem Einzelfall erst dann zulässig, wenn die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat.

§ 7 Dauer der Anwendung

Die Genehmigung zur Durchführung der LDL-Apherese im Einzelfall ist jeweils auf ein Jahr zu befristen. Bei Fortbestehen einer Behandlungsindikation gemäß § 3 Nr. 3.1 ist zugleich mit einer erneuten, ergänzenden ärztlichen Beurteilung gemäß § 4 nach Ablauf eines Jahres eine erneute Beratung bei der Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung einzuleiten. Die Fortführung der LDL-Apherese ist von einer erneuten Befürwortung der beratenden Kommission der KV gemäß § 5 und einer erneuten Genehmigung der leistungspflichtigen Krankenkasse gemäß § 6 abhängig. Die Genehmigung zur Durchführung der Apherese im Einzelfall bei rheumatoider Arthritis umfasst 12 Immunapheresen. Bei Fortbestehen einer Behandlungsindikation gemäß § 3 Nr. 3.2 ist jede Wiederholung des Behandlungszyklus von einer erneuten Befürwortung der beratenden Kommission der KV gemäß § 5 und einer erneuten Genehmigung der leistungspflichtigen Krankenkasse gemäß § 6 abhängig.

§ 8 Auswahl des Verfahrens

Die Auswahl des Verfahrens zur LDL-Apherese erfolgt für jeden Einzelfall in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem begutachtenden Arzt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Es dürfen ausschließlich Verfahren angewandt werden, die eine Absenkung des jeweiligen LDL-Ausgangswertes um mindestens 60 % je Therapiesitzung bei höchstens 6 Stunden Dauer erreichen. Zur Apherese bei rheumatoider Arthritis darf nur die Immunapherese mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenem Staphylokokkenprotein-A verwendet werden.

13621*

Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des gemeinsamen Bundesausschusses

149
16,13

Abrechnungsbestimmung je Apherese

Anmerkung Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und II-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13621 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01102, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, analoger Ansatz entsprechend GOÄ § 6 (2*) Nr. 792

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 13621 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Ein Antragsverfahren ist für jeden Einzelfall erforderlich. Erst, wenn die Krankenkasse ihrem Versicherten einen positiven Leistungsbescheid mitteilt, kann der Arzt mit der Behandlung beginnen. Siehe unter Nr. 13620: **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).**

13622*

Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

149
16,13

Abrechnungsbestimmung je Apherese

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13622 ist einmal pro Behandlungswoche berechnungsfähig.

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte II-2.1 und VI-2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13622 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung

01102, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13252, 13253, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 32247 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8, 36.6.3

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA

Prüfzeit: 10

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.7 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungsposition 13677 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ berechnet werden.

Kommentar:

Alle Leistungen dieses Abschnitts können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5) nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und von Lungenärzten abgerechnet werden. Nach Abschnitt 1.3. der Allgemeinen Bestimmungen ist Voraussetzung das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien.

Darüber hinaus kann die Leistung nach der Nr. 13677 (Zusatzpauschale Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträger) von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ berechnet werden.

Grundpauschale**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13640

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

164**17,75**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13622 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 17

Prüfzeit: 14

Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen

Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13641 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **202**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13640. **21,86**

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13642 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **210**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13640. **22,73**

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 22 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

13644 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 für die **41**
pneumologisch-internistische Grundversorgung **4,44**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13644 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13640, 13641, 13642, 13646, 13647 und/oder 32001 berechnet werden.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13646 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13644 **11**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **1,19**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13646 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

13647 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 **6**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,65**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13647 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

13650*	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex Obligatorer Leistungsinhalt • Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en) - und/oder • Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr - und/oder • Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung - und/oder • Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter, Fakultativer Leistungsinhalt • Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens, • Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen, • Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie), • Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und expiratorischer Messung, • Druckmessung an der Lunge mittels P01 und Pmax und grafischer Registrierung, • Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen, • Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts, • Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) – in Ruhe - und/oder – unter definierter und reproduzierbarer Belastung - und/oder – unter Sauerstoffinsufflation, • Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode, Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13650 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes verfügt. Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02330 Im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13661	377 40,80
Bericht:	Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 14 Prüfzeit: 11 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en) z.B. Nrn. 603, 604, 610*, 611*.	
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 13650 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-ärztlichen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.	

13651*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13650 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests Obligatorer Leistungsinhalt • Quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve, • Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer	375 40,58

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bronchospasmodolysebehandlung nach Provokation

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13651 ist nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13651 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche notfallmedizinische Versorgung.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 30122

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13661, 36882, 36883

und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 609*, 612*

Wird ein Provokationstest mit spezifischen Allergenen durchgeführt, so ist dies mit Nr. 30122 abzurechnen.

Die Leistung nach Nr. 13651 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13660***Ergospirometrische Untersuchung****407****44,05****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Graphik“

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02330, 04536, 32247

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 606*

Die Leistung nach Nr. 13660 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13661***Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse****131****14,18****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
 - in Ruhe
 und/oder
 - unter definierter und reproduzierbarer Belastung
 und/oder
 - unter Sauerstoffinsufflation

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13661 ist nur bei Vorliegen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02330, 04536, 32247

im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13650, 13651 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8, 36.6.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 710

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13661 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 abrechnungsfähig.

13662* Bronchoskopie**988**
106,93**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02343, 09315
im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 677

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13662 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Auch Chirurgen können diese Leistung und auch die Zuschläge nach Nrn. 13663, 13664 abrechnen.

13663* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13662 für**242**
26,19

- Fremdkörperentfernung
und/oder
- Blutstillung
und/oder
- Perbronchiale Biopsie
und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden
und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gebührenordnungsposition 34240 und/oder 34241

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02343, 34240, 34241
im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. für EBM-Nrn. 13622 + 13663 nur GOÄ-Nr. 678, ggf. mit höherem Faktor.

Kommentar: Auch Chirurgen können die Leistung nach Nr. 13662 und die Zuschläge nach Nrn. 13663, 13664 abrechnen.

Die Leistung nach Nr. 13663 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

13664* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13662 368 39,83

Obligatorer Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13260, 13290, 13291, 13292, 13300, 13301, 13310, 13311, 13340, 13341, 13342, 13350, 13390, 13391, 13392, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13490, 13491, 13492, 13500, 13501, 13502, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 13590, 13591, 13592, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 13690, 13691, 13692, 13700, 13701, 36882, 36883

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. für EBM-Nrn. 13662 + 13664 nur GOÄ-Nr. 678, ggf. mit höherem Faktor.

Kommentar: Auch Chirurgen können die Leistung nach Nr. 13662 und die Zuschläge nach Nrn. 13663, 13664 abrechnen.

13670* Thorakoskopie 843 91,23

Obligatorer Leistungsinhalt

- Endoskopische Untersuchung des Pleuraraums,
- Gewebeentnahme aus der Pleura bzw. Lunge,
- Einbringen der Drainage,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Medikamentöse Pleurodese,
- Probepunktion(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13670 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V erfüllen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 02343
 im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36882, 36883

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 50 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2990, 2992

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13670 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Auch Chirurgen können diese Leistung abrechnen.

13675* Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge 191 20,67

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,

- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13675 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien, der Lunge, des Thymus, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C33-C38, der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakalen Organe mehrere Teilbereiche überlappend C39.8, bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 – bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes (Pleura) C45.0 sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation Thorax C76.1, sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13250, 36882 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen, die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien, der Lunge, des Thymus, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura,
- bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakalen Organe mehrere Teilbereiche überlappend,
- bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Thorax,
- sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

13677*

Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers

209

22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 13561, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.8

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.

13.3.8 Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III.b-13.3.8 können – unter Berücksichtigung von I-1.3 der Allgemeinen Bestimmungen – nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie berechnet werden.

Kommentar:

Alle Leistungen dieses Abschnitts können grundsätzlich nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie abgerechnet werden. Nach Abschnitt 1.3. der Allgemeinen Bestimmungen ist Voraussetzung das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien.

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

13690

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

145

15,69

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 13210, 13211, 13212, 13390, 13391, 13392, 13401, 13410, 13411, 13412, 13420, 13424, 13430, 13431, 13435, 13437, 13438, 13439, 13540, 13541, 13542, 13545, 13550, 13551, 13560, 13561, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Bei dem internistischen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden in den einzelnen Bereichen Grundpauschalen neu eingeführt. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

13691	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13690.	263 28,46
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 26 Prüfzeit: 22 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13692	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 13690.	258 27,92
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 26 Prüfzeit: 21 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).	
13694	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13694 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungs- positionen 13690, 13691, 13692, 13696, 13697 und/oder 32001 berechnet werden.	41 4,44
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13696	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13694 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13696 wird durch die zuständige Kassen- ärztliche Vereinigung zugesetzt.	11 1,19
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./ Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung	
13697	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 13697 wird durch die zuständige Kassen- ärztliche Vereinigung zugesetzt. Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630 Berichtspflicht Nein	6 0,65
13700*	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen • Poly- und Oligoarthritis, • Seronegativer Spondarthritis, • Kollagenose, • Vaskulitis, • Myositis Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7	191 20,67
Bericht:	Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 20 Prüfzeit: 18 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en)	

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13700 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

13701* **Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment mittels Untersuchungsinventaren** **161**
17,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFbH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des BASDAI bei Morbus Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritis

und/oder

- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematoses

und/oder

- Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemittel der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13210, 13211, 13212, 36881, 36882, 36883 und Kapitel 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung(en)

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 13701 ist im Behandlungsfall = Quartalsfall nicht neben allgemein diagnostisch-internistischen Leistungen und Leistungen aus dem Bereich 13.3 (Schwerpunktorientierte internistische Versorgung) abrechnungsfähig.

Erläuterung der Abkürzungen in der Leistungslegende:

BASDAI: bath ankylosing spondylitis disease activity index

BASFI: bath ankylosing spondylitis functions-index

BIVAS: Birmingham vasculitis activity score

DAS: disease-activity-scores

ECLAM: european consensus lupus activity measurement score

FFbH: Funktionsfragebogen Hannover

HAQ: health assessment questionnaire

SLEDAI: SLE disease activity index

14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

14.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02330 und 02510 bis 02512.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 38100 und 38105, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.8, IV-30.11, IV-30.13 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Nrn. 38100 und 38105.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 14 – also die Leistungen nach den Nrn. 14210 bis 14331 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die hier genannten Ärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 (Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,

14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01630 Medikamentationsplan,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.8 Soziotherapie
 - 30.11 Neuropsychologische Therapie
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

14.2 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,

- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition nach der Nr. 14211 ist auch bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres berechnungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

14210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

249
26,95

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition nach der Nr. 14211 ist auch bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres berechnungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 14222

im Behandlungsfall 01600, 01601

in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 26 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

14211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr

255
27,60

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 14210.

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 26 **Prüfzeit:** 22 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

14214 Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211

85
9,20

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 14214 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

14216 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 14214

23
2,49

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14216 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

14217 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211

2
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 01630**Berichtspflicht** Nein

14.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

14220 Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung **136**
14,72

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,
- Berücksichtigung
 - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
 - entwicklungspsychologischer Faktoren,
 - entwicklungssoziologischer Faktoren,
 - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14210, 14211 und 14220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 14220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14220.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 14221, 14222, 14310, 14311, 14313, 14314, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 807, 817, 886

Die Abrechnung der Nr. 14220 erfordert eine mind. 10minütige Beratung, Erörterung und/oder Abklärung auch mit Dritten. Überschreitet der Zeitraum für die Beratung etc. mehrere Male das Intervall von jeweils 10 Minuten, so kann entsprechend häufig die Leistung nach Nr. 14220 berechnet werden.

Eine Berechnung der Leistung neben den Grundpauschalen nach EBM Nrn. 14210 und 14211 erfordert eine mindestens 20minütige Beratung/Erörterung/Behandlung.

Nebeneinander können Nr. 14220 und neurophysiologische Übungsbehandlungen nicht berechnet werden.

14221 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen (Gruppenbehandlung) **134**
14,50

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
 - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
 - entwicklungspsychologischer Faktoren,

- entwicklungssoziologischer Faktoren,
- familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, höchstens zweimal am Behandlungstag

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14210, 14211 und 14221 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 35 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14221.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 14220, 14310, 14311, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 807, 886

Nebeneinander können Nr. 14221 und neuropsychologische Übungsbehandlungen nicht berechnet werden. Bei Neugeborenen und Säuglingen kann die Leistung nach Nr. 14221 nicht abgerechnet werden.

14222

Eingehende situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild

90
9,74**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en),
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 14220, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2 am Behandlungstag 14210, 14211

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 886 ggf. mit erhöhtem Steigerungssatz

Nur der Arzt, der bei dem Kleinkind, Kind oder Jugendlichen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild die Leistungen nach den EBM-Nrn. 14200 oder 14201 erbracht hat, kann Nr. 14222 berechnen. Leistungen aus dem Bereich der Psychotherapie sind nicht neben Nr. 14222 berechenbar.

14240

Ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung

198
21,43**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Ärztliche Koordination
 - intra- und/oder multiprofessioneller, extramuraler komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
 - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
 - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14240 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 14313, 14314, 21232

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 15 entsprechend GOÄ § 6 (2*).

Die Leistung kann nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden.

14310

Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung) eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskonzeptes bei Ausfallerscheinungen des (Psycho-)Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik

87
9,42

Obligater Leistungsinhalt

- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 14220, 14221, 14311, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 719

Die im obligaten Leistungsinhalt angegebene Mindestdauer von 15 Minuten gilt nur für die Behandlung und nicht für Ruhezeiten dazwischen.

Nebeneinander können Nr. 14220 und neurophysiologische Übungsbehandlungen sowie Psychotherapie-Leistungen nicht berechnet werden.

14311

Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung) eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskonzeptes bei Ausfallerscheinungen des (Psycho)-Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik

**41
4,44**

Obligater Leistungsinhalt

- Gruppenbehandlung mit bis zu 3 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 14220, 14221, 14310, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

14312

Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

**170
18,40**

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von mindestens 4 Funktionsbereichen (Grobmotorik, Handfunktion, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten oder Selbständigkeit) nach standardisierten Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 18 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 715

Nach **Wezel/Liebold** kann mit dieser Leistung auch eine Untersuchung mittels **Denver-Skalen** (Erfassung von: Grobmotorik, Sprache, Feinmotorik-Adaptation, Sozialkontakten) abgerechnet werden.

14313

Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung

**375
40,58**

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14313 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen,

F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 14240, 14314
in derselben Sitzung 14220

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 45 **Prüfzeit:** 37 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 15 entsprechend GOÄ § 6 (2*).

14314

Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen

209
22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14314 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 14220
im Behandlungsfall 14240, 14313, 16231, 21231

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 15 entsprechend GOÄ § 6 (2*).

Kommentar: Im Gegensatz zur Leistung nach Nr. 14313, kann Nr. 14314 – bei gleichem Leistungsinhalt – nur in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen erbracht werden.

14320

Elektroenzephalographische Untersuchung

251
27,16

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Anmerkung Die für die Gebührenordnungsposition 14320 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900, 30901

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 827

Kommentar: Bei einer Ableitungsdauer von mind. 120 Minuten ist Nr. 14321 abzurechnen.

14321 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung**548****59,31****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900, 30901

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 50 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 827, 827a

14330 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung**126****13,64****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04439, 16320, 21320

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1413

14331* Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)**263****28,46****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 14331 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 04436, 16321, 21321
 am Behandlungstag 01705, 01706

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 828

Kommentar: Auch wenn mehrere unterschiedliche evozierte Potentiale untersucht werden, kann die Leistung im Behandlungsfall = Quartalsfall nur 2x berechnet werden. Die neben den evozierten Potentialen durchgeführte Ableitung eines EEGs kann nach den Nrn. 14320 oder 14321 zusätzlich abgerechnet werden.

15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

15.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 36884, 37100, 37102, 37113 und 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 15 – also die Leistungen nach den Nrn. 15210 bis 15345 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung

- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01630 Medikamentsplan,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
- Nr. 01800 Trepannemenantikörper – Nachweis
- Nrn. 01802 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörperrnachweis
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsone
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- Nr. 02350 Fixierender Verband
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nr. 02500 Einzelinhalationen
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

15210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

124
13,42

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

15211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

110
11,90

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 15210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

15212

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

103
11,15

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 15210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

15.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

15310* Zusatzpauschale Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke **62**
6,71**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke,
- Bissregistrierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Therapie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 15321, 15322, 15323

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden – siehe GOZ.

Kommentar: Erforderliche Situationsmodelle nach Nr. 15311 können zusätzlich berechnet werden.**15311*** Situationsmodell(e) **46**
4,98**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Abformung eines und/oder beider Kiefer für Situationsmodelle,
- Bissregistrierung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 15323

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden – siehe GOZ

Kommentar: Materialkosten für den Abdruck können berechnet werden. **Wezel/Liebold** rät in seinem Kommentar, dass „...der Einfachheit halber jeweils die Pauschbeträge angesetzt werden, die für die Zahnärzte im Rahmen der zahnärztlichen Gebührenordnung (Bema bzw. Gebührentarif B für Ersatzkassen) vereinbart sind.“**15321*** Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I **97**
10,50**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder
- Extraktion von bis zu zwei einwurzeligen oder eines mehrwurzeligen Zahnes,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 15321 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15321 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15321.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 15310, 15322, 15323
im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2 und 31.4.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden – siehe GOZ. Nach GOÄ Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar: Unter „kleinen operativen Eingriffen I“ werden Eingriffe im Bereich der MKG-Chirurgie zusammengefasst, die in der Regel nur einer Oberflächen-, Lokal- oder Leitungsanästhesie bedürfen.

Erfolgt der Eingriff zum Beispiel bei Neugeborenen und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in Narkose, so ist dafür die Nr. 31221 oder 36221 abzurechnen.

Bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden sind die Leistungen nach Nrn. 15321 – 15323 mehrfach in einer Sitzung – höchstens 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

15322* Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

161
17,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung und/oder
- Operative Blutstillung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich und/oder
- Extraktion von 3 oder 4 einwurzeligen oder 2 mehrwurzeligen Zähnen und/oder
- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder
- Transorale Eröffnung eines dentogenen, submucösen Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel/Karbunkel) im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder
- Probeexzision aus der Zunge und/oder aus der Mundhöhle und/oder
- Punktion einer Kieferhöhle und/oder
- Extirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus und/oder
- Reposition eines Zahnes und/oder
- Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 15322 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15322 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15322.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2 und 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 15310, 15321, 15323

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden – siehe GOZ. Nach GOÄ Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar: Werden mehrere der genannten Eingriffe an einem Behandlungstag ausgeführt, ist die Nr. 15322 nur einmal berechnungsfähig. Erforderliche unterschiedliche Eingriffe an verschiedenen Behandlungstagen können jeweils einzeln mit der Nr. 15322 abgerechnet werden.

Bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden sind die Leistungen nach Nrn. 15321 – 15323 mehrfach in einer Sitzung – höchstens 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

15323* **Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich** **294
31,82**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder
- Eröffnung eines subperiostalen oder tiefen Abszesses im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, ggf. auch von extraoral und/oder
- Entfernung eines tief zerstörten Zahnes auch durch Osteotomie und/oder
- Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn und/oder
- Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivektomie von bis zu vier Zähnen und/oder
- Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung eines Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte und/oder
- Reimplantation eines Zahnes und/oder
- Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstückes des Alveolarfortsatzes,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 15323 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15323 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15323.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.2 und 31.4.3 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02310, 02360, 15310, 15311, 15321, 15322

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) siehe GOZ.

Bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom und/oder mehreren offenen Wunden sind die Leistungen nach Nrn. 15321 – 15323 mehrfach in einer Sitzung – höchstens 5x je Behandlungstag – berechnungsfähig.

15324* **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung** **133
14,39**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Wurzelkanalaufarbeitung und/oder
- Wurzelkanalfüllung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition kann je behandeltem Wurzelkanal einmalig berechnet werden.

Abrechnungsausschluss im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden – siehe GOZ.
Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

15345*

Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

191
20,67

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 15345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen des Knochens im Kopf- und Gesichtsbereich C41.0-C41.1, der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C47.0, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80. Die Gebührenordnungsposition 15345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx,
- bösartige Neubildungen der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx,
- bösartige Neubildungen der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet,
- Kaposi-Sarkom des Gaumens,
- bösartige Neubildungen des Knochens im Kopf- und Gesichtsbereich,
- bösartige Neubildungen der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs,
- bösartige Neubildungen des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses,
- bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals,
- sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen

16.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurochirurgie

berechnet werden.

2. Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215, sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.

4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 36884, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7, IV-30.8, IV-30.9, IV-30.11, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 37 und 38.

5. Bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

6. Die Gebührenordnungsposition 16232 ist nur von Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig.

7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 16 – also die Leistungen nach den Nrn. 16210 bis 16371 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und
- Fachärzten für Neurochirurgie.

Für Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist entgegen der Regelung in Abschnitt 6 (6.1) der Allgemeinen Bestimmungen die Höhe der Grundpauschale nicht an den Versorgungsauftrag gekoppelt, sondern für diese Fachärzte gelten generell die Grundpauschalen nach den Nrn. 21213 bis 21215, sowie der Zuschlag nach Nr. 21225.

Ausschließlich den Fachärzten für Neurochirurgie ist die Abrechnung der Nr. 16232 (Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen) vorbehalten. Die übrigen in Nr. 1 der Präambel genannten Arztgruppen dürfen diese Leistung nicht abrechnen.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):

- Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
- Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis,
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung,
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie,
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein,
- Nrn. 01800, 01802 bis 01813 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion,
- Nr. 02101 Infusionstherapie,
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion,
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe,
- Nr. 02200 Tuberkulintestung,
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nr. 02311 Diabetischer Fuß,
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter,
- Nr. 02330 Arterienpunktion,
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion,
- Nrn. 02340 bis 02343 Punktion, Lumbalpunktion, Pleuradrainage,
- Nr. 02350 Fixierender Verband,
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Nr. 02500 Einzelinhalationen,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie

- 30.2 Chirotherapie
- 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
- 30.7 Schmerztherapie
- 30.8 Soziotherapie
- 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
- 30.11 Neuropsychologische Therapie
- 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
- 31.2 Ambulante Operationen
- 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
- 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 36.2 Belegärztliche Operationen
- 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschall Diagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

16.2 Neurologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

16210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

240
25,97

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

16211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **228**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 16210. **24,68**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

16212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **230**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 16210. **24,89**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

16215 Zuschlag für die neurologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 **39**
4,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 16215 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

16217 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16215 **10**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **1,08**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

16218 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 **6**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **0,65**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

16220 Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung **90**
9,74

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologische Befunde,
- Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung von Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 oder 21213 bis 21215 und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01214, 01216, 01218, 21220, 21221, 30930, 30931, 30932, 30933, 37300, 37302 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 3.

Diese Leistung wurde zum 1.7.2010 in den EBM eingeführt. Bisher konnten die Fachgruppen der Nervenärzten und die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie erforderliche neurologische Gespräche mit der EBM Nr. 21222 abrechnen.

Der Fachgruppe der **nur** Neurologen war dies nicht genehmigt, da diese Fachgruppe in der Präambel zum Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenpositionen (Psychiater) nicht aufgeführt

16222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen auf Basis der in der Anmerkung genannten Erkrankungen. **113**
12,23

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung einer/von Fremdanamnese(n),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16222 ist zusätzlich nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F70.- bis F79.- Intelligenzstörung, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.0 bis G95.2 Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, R47.- Aphasie.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Die Leistung ist in der GOÄ nicht vorhanden. Ggf. GOÄ Nr. 3 mit erhöhtem Steigerungssatz berechnen.

Kommentar: Der erforderliche Aufwand bei Patienten mit den nach der Legende aufgeführten schweren Störungen wird durch den Zuschlag honoriert.

16230 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** **375
40,58**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepilektika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barre-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 16231, 16233

in derselben Sitzung 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 45 **Prüfzeit:** 37 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Zusatzpauschale nach Nr. 16230 darf nur abgerechnet werden, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit),
- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes,
- Demenz,
- Hirnorganisches Syndrom,
- Folgen einer Enzephalomyelitis,
- Systematrophien,
- Morbus Parkinson,

- Multiple Sklerose,
- Epilepsie, G43.- Migräne,
- Krankheiten des N. trigeminus,
- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus,
- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten,
- Hereditäre und idiopathische Neuropathie,
- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis,
- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien,
- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie,
- Diplegie/Monoplegie,
- Hydrocephalus,
- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes,
- Hirnblutungen und Hirninfarkte,
- Polymyositis,
- Neuralgie,
- Störungen des Ganges und der Mobilität,
- Aphasie.

Die in der Legende obligat geforderten 2 Arzt-Patienten-Kontakte müssen persönliche Kontakte und nicht telefonische sein.

16231

Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen

209
22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 16311, 21311, 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

im Behandlungsfall 14314, 16230, 16233, 21231

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Siehe Kommentar zu EBM Nr. 16230. Bei Nr. 16231 allerdings sind keine 2 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte gefordert.

16232**Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen****150
16,23****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder
- Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 02360

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.**GOÄ****Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die in der Legende obligat geforderten 2 Arzt-Patienten-Kontakte müssen persönliche Kontakte und nicht telefonische sein. Siehe auch Kommentar zu EBM Nr. 16230.

16233**Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung****299
32,36****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Mitbetreuung eines, mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten, Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biografischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks, F00. bis F03. Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barré-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis,

G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 16230, 16231

in derselben Sitzung 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 16230. Bei Nr. 16233 allerdings sind keine 2 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte gefordert.

16310 Elektroenzephalographische Untersuchung

251
27,16

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Anmerkung Die für die Gebührenordnungsposition 16310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfüllt wurde.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16311, 21310, 21311, 30900, 30901

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 827

Kommentar: Zu den geforderten Provokationen gehören z.B.

- Hyperventilation (z.B. Forcierte Mehratmung über 3 – 5 Min. mit ca. 25 tiefen Atemzügen pro Minute)
- Fotostimulation (Applikation hochfrequenter Flimmerreize)
- Geräuschstimulationen
- Ableitung eines EEGs nach komplettem Schlafentzug (Schlafentzugs-EEG)

Ein Video-EEG ist auch nach Nr. 16310 abzurechnen. Nach dem Kommentar von Wezel/Liebold ist die simultane Ableitung (Monitoring) eines EKGs nicht zusätzlich berechnungsfähig.

16311 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung

548
59,31

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 21310, 21311, 30900, 30901

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 50 **Prüfzeit:** 38 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: 827a (Dauer 18 Stunden)

Kommentar: Zu den geforderten Provokationen gehören z.B.

- Hyperventilation (z.B. Forcierte Mehratmung über 3 – 5 Min. mit ca. 25 tiefen Atemzügen pro Minute)
- Geräuschstimulationen
- Fotostimulation (Applikation hochfrequenter Flimmerreize)
- Ableitung eines EEGs nach komplettem Schlafentzug (Schlafentzugs-EEG)

Nach dem Kommentar von Wezel/Liebold ist die simultane Ableitung (Monitoring) eines EKGs nicht zusätzlich berechnungsfähig.

16320 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung **126**
Obligatorer Leistungsinhalt **13,64**

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04439, 14330, 21320

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1413

16321 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) **263**
Obligatorer Leistungsinhalt **28,64**

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01705, 01706
in derselben Sitzung 04436, 14331, 21321

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 828

Kommentar: Auch wenn mehrere unterschiedliche evozierte Potentiale untersucht werden, kann die Leistung im Behandlungsfall = Quartalsfall nur 2x berechnet werden. Werden evozierte Potential und EEG zur selben Zeit erbracht, kann das EEG nach Nr. 16310 oder 16311 zusätzlich berechnet werden.

16322 Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung **184**
Obligatorer Leistungsinhalt **19,91**

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden und/oder
- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 16322 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 04437, 27331

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 829, 840

16340**Testverfahren bei Demenzverdacht****19
2,06****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z.B. SKT, MMST, TFDD),

Abrechnungsbestimmung bis zu dreimal im Behandlungsfall**Anmerkung** Die Gebührenordnungspositionen 16340 und 21340 sind im Bedarfsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 16371**Aufwand in Min.****Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 857*

Kommentar:

Zur Abrechnung ist es nicht erforderlich, dass die Leistung nach Nr. 16340, d.h. alle 3 vom Arzt ausgewählten Tests, an einem Tag erbracht wird.

Syndrom Kurztest (SKT)*

Ausführlicher Test zum Demenz-Screening. Es wird mit bunten Bildern und Spielsteinen gearbeitet. Der Test dauert ca. 15 Minuten und kann auch von geschultem Praxispersonal abgenommen werden. Um bei einer Verlaufskontrolle Lerneffekte auszuschließen, gibt es den SKT in neun Parallelformen.

Mini-Mental-Status-Test (MMST)*

Häufiger Test, der aber für die Frühdiagnostik von Demenz-Erkrankungen nicht sehr geeignet ist. Ab einer mittelschweren Demenz leistet der MMST aussagekräftige Ergebnisse.

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)*

Leicht durchführ- und auswertbarer Test für die Praxis

Die in der Legende aufgeführten Testverfahren sind nur Beispiele für mögliche Verfahren, es sind auch andere standardisierte Tests möglich z.B. Basic Activities of Daily Living (B-ADL) – Test zur Verlaufskontrolle von Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der Alltagsaktivitäten. Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) – Test für Diagnostik, Schweregradbestimmung und Verlaufskontrolle. Im Internet unter www.ifap.de/bdamanuale/demenz/download/bcrs.pdf als pdf-Datei downloadbar Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) – Test zur Verlaufskontrolle bei frühen Stadien der Demenz.* fast alle Tests finden Sie über gängige Suchmaschinen im Internet, meist als pdf-Datei zum download. Bezug von Testbögen über Hogrefe-Verlag: <http://www.testzentrale.de>**16371*****Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)****391
42,32****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aachener Aphasietest (AAT),
- Schriftliche Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 20371, 35300, 35301, 35302

in derselben Sitzung 16340

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 40 **Prüfzeit:** 35 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 855*

17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen

Im gesamten Kapitel besteht bei allen EBM-Nummern Berichtspflicht (mind. Befundkopie an de Hausarzt – siehe Allgem. Bestimmungen 2.1.4).

17.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 17210 und 17214 nicht berechnungsfähig.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01102, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430, 01435, 01610, 01611, 01620 bis 01622, 01624, 01630, 01640, 01641, 01642, 02100, 02101, 02200, 02300, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341 und 02343.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34 und IV-35.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.

6. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 17 – also die Leistungen nach den Nrn. 17210 bis 17373 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Nuklearmedizin und
- Vertragsärzten, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) – Anlagen 3 zum Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen – haben.

Dabei sind die nuklearmedizinischen Konsiliarpauschalen (Nrn. 17210 und 17214) nur von Fachärzten für Nuklearmedizin abrechnungsfähig. Wichtig ist, dass auch Fachärzte für Nuklearmedizin zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels eine Genehmigung nach der Vereinbarung für Strahlendiagnostik und -therapie benötigen.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nr. 01102 Inanspruchnahme an Samstagen
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,

17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen

- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex
- Nr. 01414 Visite auf Belegstation
- Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nrn. 01610, 01611 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze, Verordnung von medizinischer Reha
- Nrn. 01620 bis 01622 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den nuklearmedizinischen Leistungen des Kapitels 17 nicht abrechnungsfähig.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Konsiliarpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

17.2 Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen

17210* Konsiliarpauschale **88**
9,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung und Durchführung der Aufnahme(n) bzw. Messung(en),
- Interpretation,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**Kommentar:** Die Leistung kann nur berechnet werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

17214* Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern **62**
6,71

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

17.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

17310* Teilkörperszintigraphische Untersuchung **458**
49,57

Anmerkung Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 17310 ist das untersuchte Organ bzw. sind die untersuchten Organe anzugeben.**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17370, 17371, 17372, 17373**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5400* ff.**Kommentar:** **Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide**

- 40500 bei Verwendung von **99mTc-Pertechnetat (Schilddrüse)** 1.50 Euro
- 40502 bei Verwendung von **99mTc-Phosphonaten (Knochen/Skelett)** 19.00 Euro
- 40504 bei Verwendung von **99mTc-Makroaggregaten (Lunge)** 29.00 Euro
- 40506 bei Verwendung von **99mTc-Aerosol (Lunge)** 133.00 Euro
- 40508 bei Verwendung von **99mTc-HMPAO. 99mTc-ECD (Hirn)** 205.00 Euro
- 40510 bei Verwendung von **99mTc-DMSA. 99m Tc-DTPA (Niere)** 40.00 Euro
- 40512 bei Verwendung von **99mTc-DTPA (Hirn)** 40.00 Euro
- 40520 bei Verwendung von **99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz. Schilddrüse)** 76.00 Euro
- 40524 bei Verwendung von **99mTc-markierten Liganden (Tumorlokalisation)** 375.00 Euro
- 40526 bei Verwendung von **99mTc-markierten Antikörpern (Knochenmark. Entzündungslokalisation)** 382.00 Euro
- 40528 bei Verwendung von **99mTc-markierten Mikro-/ Nanokolloiden (Lymphknotendiagnostik)** 70.00 Euro
- 40532 bei Verwendung von **201-TL-CL (Myokard)** 70.00 Euro

- **40534** bei Verwendung von **123-J (Schilddrüse)** 95.00 Euro
- **40536** bei Verwendung von **123-J MIBG (chromaffine Tumoren/ Nebennierenmark)** 350.00 Euro
- **40538** bei Verwendung von **123-J-FP-CIT (M. Parkinson)** 830.00 Euro
- **40550** bei Verwendung von **111-In-Okteotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)** 766.00 Euro
- **40552** bei Verwendung von **111-In DTPA** 304.70 Euro
- **40566** bei Verwendung von **67-Ga-Citrat (Entzündungsszintigraphie)** 276.00 Euro
- **40576** bei Verwendung von **radioaktiven Gasen (Lunge)** 350.00 Euro

17311* Ganzkörperszintigraphische Untersuchung **658**
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17372 **71,21**

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5431*

17312* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17311 für die Verwendung eines Ganzkörperzusatzes **168**
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310 **18,18**

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht so vorhanden.

17320* Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse **405**
Obligatorer Leistungsinhalt **43,83**

- Untersuchung mittels Gammakamera,
- Rechnergestützte Auswertung zur Erstellung globaler und ggf. regionaler Funktionsparameter (z.B. thyreoidale Jodaktivität [TJ], 99m-TC-Thyreoida-Uptake [TcTU], Radiojodclearance [RJC], Radiojod-Thyreoida-Uptake [RJtU]),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17321, 17361, 17362, 17363, 17370

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5401*

17321* Radiojod-Zweiphasentest **606**
Obligatorer Leistungsinhalt **65,58**

- Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse (Nr. 17320),
- Mehrmalige Aktivitätsmessung über der Schilddrüse,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17320, 17361, 17362, 17363

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5402*, 5403*

17330* Zusatzpauschale Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung) **962**
Obligatorer Leistungsinhalt **104,11**

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Belastungs-EKG-Untersuchung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 27321

in derselben Sitzung 03321, 04321, 13251, 17310, 17311

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ****Kommentar:****Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5420* – 5424*

Die Abrechnung der Leistungen Nrn. 17330, 17331, 17332, 17333 nebeneinander ist durch keine Bestimmung ausgeschlossen. Entsprechende Indikationen sind anzugeben. Neben Nr. 17330 sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 17362 oder 17363 abrechenbar.

17331***Zusatzpauschale Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels in Ruhe****702****75,97****Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 17310, 17311**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ****Kommentar:****Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5420* – 5424*

Die Abrechnung der Leistungen Nrn. 17330, 17331, 17332, 17333 nebeneinander ist durch keine Bestimmung ausgeschlossen. Neben Nr. 17331 sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 17362 oder 17363 abrechenbar.

17332***Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung)****927****100,33****Obligater Leistungsinhalt**

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung,
- Bestimmung der Auswurfraction

Fakultativer Leistungsinhalt

- Belastungs-EKG-Untersuchung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 27321

in derselben Sitzung 03321, 04321, 13251, 17310, 17311, 17361

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ****Kommentar:****Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5420* – 5424*

Die Abrechnung der Leistungen Nrn. 17330, 17331, 17332, 17333 nebeneinander ist durch keine Bestimmung ausgeschlossen. Entsprechende Indikationen sind anzugeben.

Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide

- **40522** bei Verwendung von **99mTc-markierten Eigenerythrozyten**
(Herz. Leber. abdominale Blutungssuche)

60.00 Euro

17333***Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik****428****46,32****Obligater Leistungsinhalt**

- Untersuchung in Ruhe,
- Bestimmung der Auswurfraction

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ****Kommentar:****Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5420* – 5424*

Die Abrechnung der Leistungen Nrn. 17330, 17331, 17332, 17333 nebeneinander ist durch keine Bestimmung ausgeschlossen. Entsprechende Indikationen sind anzugeben.

Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide

- 40522 bei Verwendung von **99mTc-markierten Eigenerythrozyten** (Herz. Leber. abdominale Blutungssuche)

60.00 Euro

17340* Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung der seitengetrennten tubulären und/oder glomerulären Clearance **783**
84,74
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361, 17362, 17363**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5440* – 5444*

Kommentar: Je Sitzung kann die Leistung nur 1x abgerechnet werden. Bei Durchführung interventioneller Maßnahmen kann ein Zuschlag nach Nr. 17341 abgerechnet werden.
Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide

- 40510 bei Verwendung von **99mTc-DMSA. 99m Tc-DTPA (Niere)** 40.00 Euro
- 40514 bei Verwendung von **99mTc-MAG3 (Niere)** 92.00 Euro
- 40564 bei Verwendung von **51-Cr-EDTA (Niere)** 145.00 Euro
- 40568 bei Verwendung von **123-J-Hippur (Niere)** 143.00 Euro

17341* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17340 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (Verabreichung von Diuretika, Lagewechsel) **492**
53,25
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361, 17362, 17363**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 5440* – 5444*

17350* Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung(en) (z.B. Bestimmung(en) der Eisenkinetik, Zellmarkierungen, Lokalisationsdiagnostik) **603**
65,26
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361, 17362, 17363**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5462*

Kommentar: Je Sitzung kann die Leistung nur 1x abgerechnet werden.
Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide

- 40522 bei Verwendung von **99mTc-markierten Eigenerythrozyten** (Herz. Leber. abdominale Blutungssuche) 60.00 Euro
- 40526 bei Verwendung von **99mTc-markierten Antikörpern** (Knochenmark. Entzündungslokalisation) 382.00 Euro
- 40548 bei Verwendung von **111-In Oxinat (Zellmarkierung)** 140.00 Euro
- 40570 bei Verwendung von **111-In Chlorid (Zell-/Protein-/Antikörpermarkierung)** 350.00 Euro
- 40574 bei Verwendung von **57-Co-Cyancobolamin (Vitamin B 12 Resorption)** 50.00 Euro
- 40578 bei Verwendung von **Fe-59-Citrat / 51-Chromat** (hämatologische Untersuchung) 425.00 Euro

17351* Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik **603**
65,26
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361, 17362, 17363**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht so vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Je Sitzung kann die Leistung nur 1x abgerechnet werden.

Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide

- **40516** bei Verwendung von **99mTc-Kolloid** (Leber) 42.00 Euro
- **40518** bei Verwendung von **99mTc-IDA_Verbindingen** Galle) 42.00 Euro
- **40530** bei Verwendung einer **99mTc-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)** 40.00 Euro
- **40554** bei Verwendung von **75-Se-SeHCAT** Gallensäure) 174.40 Euro

17360* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 für die szintigraphische Untersuchung der Extravasalphase im Rahmen einer Mehrphasenszintigraphie **161**
17,42

Anmerkung Der Zuschlag nach der Nr. 17360 ist an demselben Behandlungstag nicht mehrfach berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17361, 17363

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht so vorhanden.

17361* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 für die sequentielle Aufnahmetechnik **161**
17,42

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17320, 17321, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17362, 17363, 17370, 17371, 17372, 17373

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5481*

17362* Zuschlag für die Einkopf-Single-Photonen- Emissions-Computertomographie (SPECT) **672**
72,73

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17320, 17321, 17340, 17341, 17350, 17351, 17361, 17363

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5486*, 5487*

Kommentar: Sofern erforderlich, ist der Zuschlag neben den Leistungen nach den Nrn. 17310 bis 17312, 17330 bis 17333 und Nr. 17360 abrechenbar.

17363* Zuschlag für die Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) **1045**
113,10

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17320, 17321, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5486*, 5487*

Kommentar: Sofern erforderlich ist der Zuschlag neben den Leistungen nach den Nrn. 17310 bis 17312, 17330 bis 17333 abrechenbar.

17370* Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen, einschl. der erforderlichen Kontrollmessungen **571**
61,80

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 17370 ist nur bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17320, 17361

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5600*

Kommentar: **Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide**

- 40542 bei Verwendung von 131-J (Therapie. **benigne**)
- 40544 bei Verwendung von 131-J (Therapie. **maligne**)

45.00 Euro
230.00 Euro

17371* Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen **283**
30,63

Obligater Leistungsinhalt

- Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk (mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 17373 genannten Gelenke)
- oder
- Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen,
- Dokumentation(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en) (Nr. 02341),
- Kontrolle der Nadellage mittels bildgebender Verfahren,
- Szintigraphische Kontrollmessung(en),

Abrechnungsausschluss höchstens viermal am Behandlungstag

Anmerkung Wird die Gebührenordnungsposition 17373 an demselben Behandlungstag einmal/zweimal berechnet, reduziert sich die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 17371 dementsprechend auf höchstens dreimal/zweimal je Behandlungstag.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02341, 17310, 17361, 34235, 34236**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5604*

Kommentar: **Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide**

- 40556 bei Verwendung von 90-Yttrium-Colloid (Radiosynoviorthese) 100.00 Euro
- 40558 bei Verwendung von 186-Rhenium-Colloid (Radiosynoviorthese) 125.00 Euro
- 40560 bei Verwendung von 169-Erbium-Colloid (Radiosynoviorthese) 95.00 Euro

17372* Zusatzpauschale Radionuklidtherapie von Knochenmetastasen, blutbildenden Organen, Geschwülsten und/oder Geschwulstmetastasen in einer Körperhöhle oder in einem Hohlorgan oder von Entzündungen **327**
35,39

Obligater Leistungsinhalt

- Radionuklidtherapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Szintigraphische Kontrollmessung(en) der Bremsstrahlung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 17310, 17311, 17361

Bei Anwendung von Radium-223-dichlorid sind die Kosten des Produktes nicht über die Kostenpauschale 40562 berechnungsfähig.

Bei Anwendung von Radium-223-dichlorid sind die Kosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung des Produktes sowie der Materialverwaltung, der Anwendung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, nicht über die Kostenpauschale 40562, sondern über die Kostenpauschale 40582 berechnungsfähig.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5602*, 5603*, 5604*

Kommentar: **Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide**

- 40546 bei Verwendung von 131-J MIBG 1784.00 Euro
- 40562 zur Therapie von Knochenmetastasen mit Radioisotopen 1.355.00 Euro

EBM-Nr.

17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen

EBM-Punkte / Euro

17373***Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken****774
83,77****Obligater Leistungsinhalt**

- Radiosynoviorthese an Knie- oder Hüft- oder Schulter- oder Ellenbogen- oder Hand- oder unterem und/oder oberem Sprunggelenk,
- Teilkörperszintigraphische Untersuchung (Nr. 17310),
- Dokumentation(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en) (Nr. 02341),
- Kontrolle der Nadellage mittels bildgebender Verfahren,

Abrechnungsbestimmung einmal je Gelenk, höchstens zweimal am Behandlungstag**Anmerkung** Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 17373 bei der Radiosynoviorthese am Kniegelenk auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit von Durchleuchtungen verfügt.**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02341, 17310, 17361, 34235, 34236**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****Kalkulationszeit:** 24 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**Kommentar:****Auf einen Blick: Kostenpauschalen für Radionuklide**

- **40556** bei Verwendung von **90-Yttrium-Colloid (Radiosynoviorthese)** 100.00 Euro
- **40558** bei Verwendung von **186-Rhenium-Colloid (Radiosynoviorthese)** 125.00 Euro

18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen

18.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,

berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01722, 01783, 01800, 01802 bis 01808, 01810, 01811, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02350, 02360 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 36884, 37100, 37102, 37113 und 37120, , 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.2.2, IV-30.3, IV-30.7, IV-30.12, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-30.12, IV-30.13, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 18 – also die Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18700 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von

- Fachärzten für Orthopädie
 - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie
- abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,

- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis,
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung,
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie,
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01722 Sonographie Säuglingshüfte,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein,
- Nrn. 01800 bis 01808 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis,
- Nrn. 01810 bis 01813 Antikörpernachweis,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion,
- Nr. 02101 Infusionstherapie,
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion,
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe,
- Nr. 02200 Tuberkulintestung,
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nrn. 02310 bis 02313 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus, Diabetischer Fuß, venöse Ulcera curis,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilschleife,
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter,
- Nr. 02330 Arterienpunktion,
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion,
- Nr. 02340, 02341 Punktion,
- Nr. 02350 Fixierender Verband,
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen

- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 (Bericht, Brief, Bescheinigung) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

18.2 Orthopädische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

18210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

175
18,94

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436
im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 19 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

18211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

182
19,70

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 18210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

18212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **210**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 18210. **22,73**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 23 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

18220 Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 **31**
3,36

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 18220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

18222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 18220 **8**
0,87

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 18222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

18227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 **2**
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 18227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

18.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

18310 Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern **216**
23,38

Obligatorer Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder einer/mehrerer Fraktur(en),
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Für die Abrechnung dieses Leistungskomplexes sind mind. 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte erforderlich.

18311

Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)

217
23,49

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder einer/mehrerer Fraktur(en),
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02511

im Behandlungsfall 02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07311, 18310, 18320, 18330, 18340, 18700

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Die Behandlung und ggf. Diagnostik degenerativer Erkrankungen der Wirbelsäule ist nach Nr. 18331 abzurechnen.

18320***Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren****161
17,42****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFvH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des BASDAI bei M. Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritiden

und/oder

- Erhebung des SLEDAI bei systemischem Lupus erythematoses

und/oder

- Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und des Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02300, 02301

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621

im Behandlungsfall 02340, 02341, 02360, 18310, 18311, 18330, 18340

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar:

Im obligaten Leistungsinhalt werden zahlreiche Untersuchungen und Score-Erhebungen aufgeführt. Im fakultativen Teil Maßnahmen zur Behandlung.

Erläuterung der Abkürzungen aus der Legende der Nr. 18320:**BASDAI** Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – Morbus Bechterew-Index**BASFI** Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index**BIVAS** Birmingham Vasculitis Activity Score**ECLAM** Funktions-Fragebogen**FFdH** European Consensus Lupus Activity Measurement score**HAQ** Health Assessment Questionnaire (Fragebogen)**SLEDAI** Disease Activity Index

18330 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand **217** **23,49**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplans und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 18330 ist nur von Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621 im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637 in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302 im Behandlungsfall 02340, 02341, 02350, 02360, 07330, 18310, 18311, 18320, 18340, 18700

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

18331 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen **168** **18,18**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder
- Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik und/oder
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621
im Behandlungsfall 02360, 18700
in derselben Sitzung 02300, 02301

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4
Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

18340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera) **272**
29,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Leistung nach der Nr. 18340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621
im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3
in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02312, 02313
im Behandlungsfall 02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 18310, 18311, 18320, 18330, 18700

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)

Kommentar: Für die Abrechnung dieses umfangreichen Leistungskomplexes sind mind. 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte erforderlich.

18700* Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen: **212**
22,94

Obligatorer Leistungsinhalt

- Rheumatoide Arthritis,
- Seronegative Spondylarthritis,
- Kollagenose,
- Myositis,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 18700 kann nur von Fachärzten für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie berechnet werden.

18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 18310, 18311, 18330, 18331, 18340

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31601, 31602, 31608, 31609, 31610, 31611, 31612, 31613, 31614, 31615, 31616, 31617, 31618, 31619, 31620, 31621, 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629, 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.

19 Pathologische Gebührenordnungspositionen

19.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Pathologie,
- Fachärzten für Neuropathologie,
- Vertragsärzten, die gemäß Präambel zu ihren Kapiteln zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechtigt sind,

berechnet werden.

Für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie gilt darüber hinaus zusätzlich für die Berechnung der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V Geschäftsführung des Bewertungsausschusses Seite 26 von 44 Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4, dass diese ausschließlich von

- Fachärzten für Pathologie mit Erwerb der Facharztbezeichnung nach 2003 oder mit dem Erwerb der fakultativen Weiterbildung „Molekularpathologie“,
- Fachärzten für Neuropathologie mit Erwerb der Facharztbezeichnung nach 2003 oder mit dem Erwerb der fakultativen Weiterbildung „Molekularpathologie“,
- Fachärzten für Pathologie, sofern diese nicht einer der beiden vorgenannten Gruppen angehören, bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen –, berechnet werden können.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01210, 01212, 01214 bis 01218, 01416, 01435, 01620, 01621, 01640, 01641, 01642, 01733, 01743, 01756 bis 01758, 01826, 02100, 02101, 02200 und 02300.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-30.12 und IV-32.

4. Die fachliche Befähigung zur Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 32820, 32825 und 32826 gilt für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie mit der Berechtigung zum Führen der jeweiligen Arztbezeichnung als nachgewiesen.

5. Ein Organ bzw. Gewebe einheitlicher histologischer Struktur oder ein Organteil bzw. Gewebeteil unterschiedlich definierter histologischer Struktur oder unterschiedlich definierter Lokalisation wird nachfolgend als je ein Material bezeichnet. Histologische Untersuchungen eines Materials ohne topographische oder pathogenetische Beziehung zum Krankheitsprozess sind nicht berechnungsfähig.

6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.

7. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

8. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19315 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

9. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.3.

10. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

11. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19315 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11430 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

19 Pathologische Gebührenordnungspositionen

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 können – vorbehaltlich der weiteren Bestimmungen dieses Kapitels – grundsätzlich nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Pathologie
- Fachärzten für Neuropathologie,
- Vertragsärzten, die gemäß der Präambel zu ihren Kapiteln zur Abrechnung von -einzelnen(!) – Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechtigt sind

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannte Vertragsärztetätigkeiten in der Präambel genannten Leistungen abrechnungsfähig.

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst
 - Nr. 01214 bis 01219 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
 - Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nrn. 01620, 01621 Kurze Bescheinigung, Krankheitsbericht
 - Nr. 01733 Früherkennungs-Zytologie
 - Nr. 1743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie
 - Nrn. 01756 bis 01758 Histologische Untersuchung, Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz
 - Nr. 01826 Zytologische Untersuchung bei Empfängnisregelung
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation
 - Gebührenordnungspositionen des Abschnitts
 - 11.3 Diagnostische Humangenetik
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - Gebührenordnungspositionen des Kapitels
 - 32 Labor

Dabei wird für die Laborleistungen nach Nrn. 32820, 32822, 32825 und 32826 vorausgesetzt, dass die fachliche Befähigung für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie mit der Berechtigung zur Führung der jeweiligen Arztbezeichnung als nachgewiesen gilt, während für die Leistungen nach den Nrn. 11320 bis 11323 die fachliche Befähigung für die unter 1. genannten Ärzte den Erwerb der fakultativen Weiterbildung „Molekularpathologie“ voraussetzt.

Bei Vorliegen einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening ist auch die Nr. 19315 abrechnungsfähig.

Bei Vorliegen einer Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik sind auch die Nrn. 11430 abrechnungsfähig.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den pathologischen Leistungen des Kapitels 19 nicht abrechnungsfähig.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01610 und 01612 erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Konsiliarpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

19.2 Pathologische Konsiliarpauschalen

19210*	Konsiliarpauschale	64 6,93
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Entnahme von Material für histologische und zytologische Untersuchungen,	
	• In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 7 Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en)	
Kommentar:	Ggf. Kostenpauschale nach Nr. 40100 berechnen.	

19.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen

19310*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	83 8,98
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Histologische Untersuchung oder	
	• Zytologische Untersuchung	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Aufbereitung	
	Abrechnungsausschluss bei demselben Material 01733, 01743, 01826, 19311, 19315	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 4 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4800, 4850*	
Kommentar:	Bei histologischer und auch zytologischer Untersuchung eines Materials kann die Nr. 19310 2x berechnet werden. Werden aus einmal Material mehrere histologische (oder in einem anderen Fall: zytologische) Präparate angefertigt und untersucht kann die Leistung nur einmal berechnet werden.	
19311	Zytologische Untersuchung eines Materials	58 6,28
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche von Ekto- und/oder Endozervix oder	
	• Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Aufbereitung,	
	• Untersuchung von Bürstenabstrichen	
	Abrechnungsausschluss bei demselben Material 01733, 01826, 19310, 19331	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 1 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 4851*	
Kommentar:	Es handelt sich hier um eine kurative Leistung, diese Leistung ist im präventiven Bereich nach Nr. 01733 abzurechnen.	
19312*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren	51 5,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anwendung eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von organischen und anorganischen Stoffen oder Enzymaktivitäten durch definierte chemische Reaktionen)

und/oder

- Anwendung eines optischen Sonderverfahrens (Morphometrie, Interferenz- oder Polarisationsmikroskopie)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

Abrechnungsbestimmung je Material, höchstens fünfmal

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4815

Kommentar: Bei histo- und auch zytochemischer Untersuchung eines Materials kann die Nr. 19312 für jedes Untersuchungsverfahren getrennt bis zu 5x (insgesamt also 10x) berechnet werden.

19313* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19315 für die histologische und/oder zytologische Sofortuntersuchung eines Materials während einer Operation (z.B. Schnellschnitt) **242**
26,19

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4816

19314* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 für die Einbettung in Kunststoff zur Anwendung technischer Sonderverfahren (z.B. Semidünnschnitttechnik, Elektronenmikroskopie, Knochenuntersuchung ohne Entkalkung) **362**
39,18

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4802

Kommentar: Ausgeschlossen sind neben Nr. 19314 Bundberichte, Arztbriefe und Kopien an den Hausarzt.

19315* Histopathologische Untersuchung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **83**
8,98

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19315 kann bei demselben Material nur mit besonderer Begründung (z.B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 berechnet werden. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 19310

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 4810

Kommentar: Zur Abrechnung der Leistung nach Nr. 19315 ist eine Genehmigung gemäß der Qualifikationsvereinbarung Histopathologie Hautscreening erforderlich.

Siehe Informationen: **Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening 4 Abschnitt B Genehmigungsvoraussetzungen** – bei KBV

http://www.kbv.de/media/sp/Histopathologie_Hautkrebs_Screening.pdf

19317* Grading mittels Morphometrie sowie immunhistochemische Bestimmung des Estrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus eines Materials gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Anlage VI Nummer 2.6 **1356**
146,75

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des HER2-Rezeptorstatus,
- Bestimmung des Ki-67-Proliferationsindex

Abrechnungsausschluss Leistung(en)
am Behandlungstag 19310, 19321, 19322

Berichtspflicht Nein

19320* Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens **244**
26,41

Obligatorer Leistungsinhalt

- Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung eines immunhisto- oder immunzytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von antigenen Strukturen durch definierte immunchemische Reaktionen) unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung,

Abrechnungsbestimmung je Material, höchstens fünfmal

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19320 ist für Rezeptorennachweise nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19321 und 19322 berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 4815, 4852*

Bei Anwendung mehrerer immunologischer histo- und auch zytochemischer Untersuchungen eines Materials kann die Nr. 19320 für jedes Untersuchungsverfahren getrennt bis zu 5x (insgesamt also 10x) berechnet werden.

19321* Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren **355**
38,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Histologische oder zytologische Untersuchung zum immunhistochemischen und/oder immunzytochemischen Nachweis eines Rezeptors unter Angabe der Art des Rezeptors,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung,

Abrechnungsbestimmung je Material, höchstens zweimal

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 19321 ist für Rezeptorennachweise die Gebührenordnungsposition 19320 nicht berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 4808 entsprechend GOÄ § 6 (2*)

Bei Anwendung mehrerer immunologischer histo- und auch zytochemischer Untersuchungen eines Materials kann die Nr. 19321 für jedes Untersuchungsverfahren getrennt bis zu 2x (insgesamt also 4x) berechnet werden.

19322* Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors **525**
56,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- Histologische Untersuchung zum immunhistochemischen Nachweis des HER2-Rezeptors

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 19322 sind für den HER2-Rezeptor-Nachweis die Gebührenordnungspositionen 19320 und 19321 nicht berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 4088* entsprechend GOÄ § 6 (2*).

19330* Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung **286**
30,95

Obligatorer Leistungsinhalt

- Densitometrische DNA-Bestimmung an mindestens 100 Zellkernen nach Spezialfärbung,
- Auswertung und Dokumentation

19 Pathologische Gebührenordnungspositionen

EBM-Nr.

EBM-Punkte / Euro

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 3920* entsprechend GOÄ § 6 (2*).

19331 Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion **27**
Obligatorer Leistungsinhalt **2,92**
 • Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer speziell gefärbter Abstriche zur Diagnostik der hormonellen Funktion

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 19311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4850*

19332* Histologisch-topographiespezifische Bestimmung(en) und Identifizierung(en) der zu untersuchenden Zell- oder Gewebestruktur(en) an morphologischem Untersuchungsgut in Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM **265**
28,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mikrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Korrelation der tumorgenetischen Ergebnisse mit der Vordiagnostik,
- Erstellung einer Konsensusdiagnose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entparaffinierung der Gewebeschnitte,
- Individuelles Design spezifischer Primer-Paare bzw. DNA-Sequenzen,
- Makrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Erstellung von Dünnschnitten bei formalinfixiertem, paraffineingebettetem Gewebe oder von Ausstrichen,
- Gewebespezifischer Verdau

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten einzelnen GOÄ-Leistung(en).

19.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM sind nur für eine in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen in neoplastisch veränderten Geweben und Organen berechnungsfähig. Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen mit Ausnahme der Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19435 und 19460 sind nicht berechnungsfähig.

2. Untersuchungen tumorgenetischer Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 EBM berechnungsfähig.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 19421 bis 19425 sowie 19451 bis 19456 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM enthält, die Angabe der Art der Untersuchung (Gennummer, Genname nach OMIM) und des Multiplikators voraus.

4. Sofern eine Gebührenordnungsposition eine Mindestanforderung an die Nachweisgrenze beinhaltet, ist die Angabe auf das Ausgangsmaterial bezogen.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 19451 bis 19456 setzt die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

6. Untersuchungen, die zur Amplifikations-, Kontaminations- oder Identitätskontrolle eingesetzt werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

7. Untersuchungen zur Abklärung, ob konstitutionelle genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes berechnungsfähig.

19.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

Kommentar

In dem Unterabschnitt 19.4.1 sind die Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zusammengefasst.

19401*	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik Obligatorer Leistungsinhalt • Überprüfung der Indikationsstellung, • Ärztliche Beurteilung und Befundung, Fakultativer Leistungsinhalt • Prüfung der Indikationsstellung auf Grundlage zugesandter schriftlicher Unterlagen, • Konsultation des Überweisers zum Auftrag, Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19401 ist im Behandlungsfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig. Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 11210, 11211, 11212, 11230, 11233, 11234, 11235, 11236, 11301, 11302, 11303 Berichtspflicht Nein	145 15,69
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 7 Eignung der Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
19402*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19410, 19411, 19421, 19424 bis 19426, 19432, 19450, 19453 und 19454 für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext Obligatorer Leistungsinhalt • Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung, Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition href="ebm/19402 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus. Berichtspflicht Nein	416 45,02
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 17 Eignung der Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
19403*	Laborgrundpauschale Tumorgenetik Obligatorer Leistungsinhalt • Probenvorbereitung, Fakultativer Leistungsinhalt • Archivierung von Untersuchungsmaterial, • Vernichtung, Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19403 unterliegt einer Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 19403. Ab der 1301. Leistung wird die Gebührenordnungsposition 19403 mit 306 Punkten bewertet. Berichtspflicht: Nein	383 41,45
19404*	Aufarbeitung einer Gewebe- oder Organprobe Obligatorer Leistungsinhalt • DNA- und/oder RNA-Extraktion, Abrechnungsbestimmung einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe	236 25,54

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19404 beträgt 944 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19406* Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuchenach der Gebührenordnungsposition 19425 **500
54,11**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Angaben zum Patienten,
- Angabe der rechtfertigenden Indikation der beantragten Untersuchung,
- Epikrise, insbesondere im Hinblick auf die Prüfbarkeit der rechtfertigenden Indikation, einschließlich Angabe der Diagnose gemäß ICD-10-GM und der histologischen sowie tumorgenetischen Vorbefunde,
- Beschreibung des konkreten Untersuchungsumfangs mit tabellarischer Auflistung von
 - Genname(n) einschl. Angabe der kodierenden Sequenzlänge,
 - Gennummer(n) nach OMIM,
 - Anzahl und Bezeichnung der zu untersuchenden Exons und ggf. Introns,
 - Nachweise zu den Untersuchungsumfang begründenden Studien,
- Bewertung der differentialdiagnostischen und -therapeutischen sowie der prognostischen Aussage der Untersuchung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 19425

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 27 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

19.4.2 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

Kommentar

In dem Unterabschnitt 19.4.2 wurden die Leistungen für die in-vitro-Diagnostik der tumorgenetischen Veränderungen für solide und hämatologische Erkrankungen zusammengefasst.

19410* Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen **518
56,06**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Auswertung von
 - mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen, und/oder
 - drei Metaphasen,
- Bilddokumentation von mindestens drei Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens zwei Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Berichtspflicht Nein

19411* Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens **858
92,86**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Molekularzytogenetische Untersuchung der Translokation und Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature

und/oder

- Molekulargenetische Untersuchung unter Angabe des Fusionsgens,

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz (Translokation/Fusionsgen)

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19411 beträgt 4.290 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19421* Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen, **211
22,84**

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19421 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Die Gebührenordnungsposition ist nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19421 beträgt 3.165 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19424* Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen **678
73,38**

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweisgrenze für die Erfassung einer Mutation $\leq 10\%$,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 250 kodierende Basen

Anmerkung Ab der 21. Leistung im Krankheitsfall wird die Gebührenordnungsposition 19424 mit 339 Punkten je vollendete 250 kodierende Basen bewertet. Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze ist spätestens ab dem 1. April 2017 zu erfüllen.

Der Leistungsinhalt ist durch den Umfang der für die Fragestellung auszuwertenden kodierenden Sequenzlänge bestimmt, nicht durch die Sequenzlänge der Rohdaten.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19424 beträgt 24.914 Punkte im Behandlungsfall.

Abrechnungsausschlüsse

Im Krankheitsfall 19425

Berichtspflicht Nein

19425* Genehmigungspflichtige Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften in mehr als 20 Kilobasen kodierender Sequenz **30663
3318,43**

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweisgrenze für die Erfassung der Mutation $\leq 10\%$,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze ist spätestens ab dem 1. April 2017 zu erfüllen.

Die Gebührenordnungsposition 19425 ist nur berechnungsfähig, wenn eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sowie eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt.

Abrechnungsausschlüsse

im Krankheitsfall 19406, 19424

Berichtspflicht Nein**19426*** Untersuchung einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial**867****Abrechnungsbestimmung** einmal im Krankheitsfall**93,83****Abrechnungsausschlüsse**

im Krankheitsfall 11432

Berichtspflicht Nein**19.4.3 Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien**

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.3 können nur durch Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Fachärzte, die an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) teilnehmen, veranlasst werden.

2. Ergänzend zu Nr. 1 können Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie eine Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19433 im Zusammenhang mit weiteren Leistungen des Abschnitts 19.3 veranlassen oder erbringen und berechnen.

Kommentar

In dem Unterabschnitt 19.4.3 wurden besondere in-vitro-diagnostische Verfahren abgebildet, die ausschließlich bei hämatologischen Erkrankungen angewendet werden. Die Veranlassen (Überweisung) ist auf den hier genannten Kreis der Fachärzte beschränkt.

19430* Affinitätsanreicherung neoplastischer Zellen mittels spezifischer Ligand-Zell-Interaktion (z. B. immunomagnetische Anreicherung)**278****30,09****Abrechnungsbestimmung** je Gewebe- oder Organprobe**Anmerkung** Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19430 beträgt 556 Punkte im Behandlungsfall.**19431** Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen**906****98,05****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anlage von bis zu fünf Kulturen,
- Aufbringen der Zellen auf Träger zur weiteren Analyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wachstumsfaktoren,
- Differenzierungsfaktoren,

Abrechnungsbestimmung einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe**Anmerkung** Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19431 beträgt 2.718 Punkte im Behandlungsfall.**Berichtspflicht** Nein**Abrechnungsausschlüsse**

im Behandlungsfall 32510

Berichtspflicht Nein**19432*** Bestimmung des Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse**842****91,13****Obligatorer Leistungsinhalt**

- G- und/oder R-Bänderungsanalyse,
- Elektronische Bilddokumentation des Karyotyps von mindestens vier Metaphasen zuzüglich mindestens einer Metaphase pro aberrantem Klon,
- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere Färbungen,

Abrechnungsbestimmung einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19432 beträgt 2.526 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19433* B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung **3512**
380,09

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Größenverteilung der rearrangierten variablen T-Zell-Rezeptor- und/oder Immunglobulin-Region zum Nachweis einer Monoklonalität,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht Nein

19434* Chimärismusanalyse nach allogener Stammzelltransplantation **1156**
125,11

Obligater Leistungsinhalt

- Quantifizierung des Empfängerzellanteils mit einer unteren Nachweisgrenze von mindestens 2 %,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vergleichende Untersuchung von Spender- und Empfängermaterial vor Transplantation, sofern entsprechendes Material gewonnen wurde,

Abrechnungsbestimmung dreimal im Behandlungsfall

Berichtspflicht Nein

19435* Nachweis einer minimalen Resterkrankung bei hämatologischen Neoplasien **1348**
145,89

Obligater Leistungsinhalt

- Quantifizierung einer Zielsequenz mit einer unteren Nachweisgrenze von mindestens 2 %,

Abrechnungsbestimmung viermal im Behandlungsfall

Berichtspflicht Nein

19439* Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19435 für die Quantifizierung patientenspezifischer rearrangierter TCR- oder IG-Regionen zum Nachweis klonaler Genumlagerungen **1973**
213,53

Berichtspflicht Nein

19.4.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 EBM sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen auf klinisch relevante tumorgenetische Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation einer für diese Indikation zugelassenen medikamentösen Behandlung berechnungsfähig. Für die Untersuchung derselben Mutation sind die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Kommentar

In dem Unterabschnitt 19.4.4 wurden zwingend erforderliche tumorgenetische Untersuchungen aufgenommen, die als begleitende Diagnostik durchgeführt werden.

19450* Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/- duplikationen **518**
56,06

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung von

- mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen und/oder
- drei Metaphasen,
- Bilddokumentation von mindestens drei Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens zwei Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz**Berichtspflicht** Nein

19451* Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen, **211**
22,84

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 19451 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Die Gebührenordnungsposition ist nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19451 beträgt 3.165 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19452* Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens **858**
92,86

Obligater Leistungsinhalt

- Molekularzytogenetische Untersuchung der Translokation und Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenetic Nomenclature und/oder
- Molekulargenetische Untersuchung unter Angabe des Fusionsgens,

Abrechnungsbestimmung je Zielsequenz (Translokation/Fusionsgen)

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19452 beträgt 4.290 Punkte im Behandlungsfall.

Berichtspflicht Nein

19453* Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen **678**
73,38

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweisgrenze für die Erfassung einer Mutation $\leq 10\%$,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 250 kodierende Basen

Anmerkung Ab der 21. Leistung im Krankheitsfall wird die Gebührenordnungsposition 19453 mit 339 Punkten je vollendete 250 kodierende Basen bewertet. Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze ist spätestens ab dem 1. April 2017 zu erfüllen.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19453 beträgt 24.914 Punkte im Behandlungsfall.

Abrechnungsausschluss

Im Krankenfall 19454

Berichtspflicht Nein

- 19454*** Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften in mehr als 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen **30663**
3318,53
- Obligatorer Leistungsinhalt**
- Nachweisgrenze für die Erfassung einer Mutation $\leq 10\%$,
 - Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,
- Fakultativer Leistungsinhalt**
- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,
- Abrechnungsbestimmung** einmal im Krankheitsfall
- Anmerkung** Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze ist spätestens ab dem 1. April 2017 zu erfüllen.
- Abrechnungsausschluss**
im Krankheitsfall 19453
- Berichtspflicht** Nein
- 19456*** Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genetischen Veränderung menschlicher DNA zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung eines Platin-sensitiven Rezidivs eines high-grade serösen epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die laut Fachinformation obligat ist **19643**
2125,88
- Obligatorer Leistungsinhalt**
- Untersuchung auf genetische Veränderungen des BRCA1-Gens,
 - Untersuchung auf genetische Veränderungen des BRCA2-Gens,
 - Bioinformatische Auswertung einschließlich schriftlicher molekulargenetischer Interpretation,
- Abrechnungsbestimmung** einmal im Krankheitsfall
- Abrechnungsausschluss**
Im Krankenfall 19453
- Berichtspflicht** Nein
- 19460*** Bewertung des relativen Anteils der T790MEGFR-Mutation im Verhältnis zum Anteil der bekannten EGFR-aktivierenden Mutation unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA in derselben Probe zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom zum Nachweis der T790M-EGFR-Mutation, die laut Fachinformation obligat ist, **3934**
425,76
- Abrechnungsbestimmung** zweimal im Behandlungsfall
- Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 19460 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19460 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das anhand von Vergleichsproben Nachweisgrenzen von $\leq 1\%$ für Mutationen in den Exonen 18 bis 21 und die T790M-Mutation im EGFR-Gen belegt werden können.
Die Gebührenordnungsposition 19460 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.
- Berichtspflicht** Nein

20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

20.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatern und Pädaudiologen) berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01705, 01706, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02500 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.4.3 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-35, 38100 und 38105.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

6. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind die Gebührenordnungspositionen 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 nur berechnungsfähig, wenn die Arztpraxis über folgende technische Mindestvoraussetzungen verfügt:

- Verwendung eines gemäß den Vorgaben des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG) zugelassenen Audiometers mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen und mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.
- Eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
- Eine zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 20 – also die Leistungen nach den Nrn. 20210 bis 20371 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie abgerechnet werden. Hier könnten sich Versorgungsprobleme ergeben, da diese Leistungen in der Vergangenheit unter bestimmten Voraussetzungen auch von spezialisierten HNO-Ärzten erbracht und abgerechnet werden konnten, denen das jetzt nicht mehr möglich ist, es sei denn, die zuständige Kassenärztliche Vereinigung macht auf Antrag eines solch spezialisierten HNO-Arzt Gebrauch von der Ausnahmemöglichkeit nach der „Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)“, welche nach Aussagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch weiterhin gültig sind.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
 - Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
 - Nr. 01630 Medikamentsplan
 - Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
 - Nrn. 01705, 01706 Neugeborenen-Hörscreening,
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
 - Nr. 02500 Einzelinhalationen
 - Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor

20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

- 33 Ultraschalldiagnostik
- 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Phoniaten und Pädaudiologen, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 20338, 20339, 20340, 20377 und/oder 20378 abrechnen wollen, müssen die in 9.1. Nr. 6 genannten technischen Mindestvoraussetzungen erfüllen. Ferner muss der KV eine messtechnische Kontrolle nach § 11 MPBetreibV nachgewiesen werden. Diese Bestimmung hat folgenden Wortlaut:

„Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)

§ 11 Messtechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat meßtechnische Kontrollen

- 1. für die in der Anlage 2 aufgeführten Medizinprodukte,*
- 2. für die Medizinprodukte, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind und für die jedoch der Hersteller solche Kontrollen vorgesehen hat,*

nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 auf der Grundlage der anerkannten Regeln der Technik durchzuführen oder durchführen zu lassen. Messtechnische Kontrollen können auch in Form von Vergleichsmessungen durchgeführt werden, soweit diese in der Anlage 2 für bestimmte Medizinprodukte vorgesehen sind.

(2) Durch die messtechnischen Kontrollen wird festgestellt, ob das Medizinprodukt die zulässigen maximalen Messabweichungen (Fehlergrenzen) nach Satz 2 einhält. Bei den messtechnischen Kontrollen werden die Fehlergrenzen zugrunde gelegt, die der Hersteller in seiner Gebrauchsanweisung angegeben hat. Enthält eine Gebrauchsanweisung keine Angaben über Fehlergrenzen, sind in harmonisierten Normen festgelegte Fehlergrenzen einzuhalten. Liegen dazu keine harmonisierten Normen vor, ist vom Stand der Technik auszugehen.

(3) Für die messtechnischen Kontrollen dürfen, sofern keine Vergleichsmessungen nach Absatz 1 Satz 2 durchgeführt werden, nur messtechnische Normale benutzt werden, die rückverfolgbar an ein nationales oder internationales Normal angeschlossen sind und hinreichend kleine Fehlergrenzen und Messunsicherheiten einhalten. Die Fehlergrenzen gelten als hinreichend klein, wenn sie ein Drittel der Fehlergrenzen des zu prüfenden Medizinproduktes nicht überschreiten.

(4) Die messtechnischen Kontrollen der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind, soweit vom Hersteller nicht anders angegeben, innerhalb der in Anlage 2 festgelegten Fristen und der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 nach den vom Hersteller vorgegebenen Fristen durchzuführen. Soweit der Hersteller keine Fristen bei den Medizinprodukten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 angegeben hat, hat der Betreiber messtechnische Kontrollen in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können, mindestens jedoch alle zwei Jahre. Für die Wiederholungen der messtechnischen Kontrollen gelten dieselben Fristen. Die Fristen beginnen mit Ablauf des Jahres, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte messtechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Eine messtechnische Kontrolle ist unverzüglich durchzuführen, wenn

- 1. Anzeichen dafür vorliegen, dass das Medizinprodukt die Fehlergrenzen nach Absatz 2 nicht einhält oder*
- 2. die meßtechnischen Eigenschaften des Medizinproduktes durch einen Eingriff oder auf andere Weise beeinflusst worden sein könnten.*

(5) Messtechnische Kontrollen dürfen nur durchführen

- 1. für das Messwesen zuständige Behörden oder*

2. Personen, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 4 entsprechend für messtechnische Kontrollen erfüllen.

Personen, die messtechnische Kontrollen durchführen, haben vor Aufnahme ihrer Tätigkeit dies der zuständigen Behörde anzuzeigen und auf deren Verlangen das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Nr. 2 nachzuweisen.

(6) Der Betreiber darf mit der Durchführung der messtechnischen Kontrollen nur Behörden oder Personen beauftragen, die die Voraussetzungen nach Absatz 5 Satz 1 erfüllen.

(7) Derjenige, der messtechnische Kontrollen durchführt, hat die Ergebnisse der messtechnischen Kontrolle unter Angabe der ermittelten Messwerte, der Messverfahren und sonstiger Beurteilungsergebnisse in das Medizinproduktebuch unverzüglich einzutragen, soweit dieses nach § 7 Abs. 1 zu führen ist.

(8) Derjenige, der messtechnische Kontrollen durchführt, hat das Medizinprodukt nach erfolgreicher messtechnischer Kontrolle mit einem Zeichen zu kennzeichnen. Aus diesem muss das Jahr der nächsten messtechnischen Kontrolle und die Behörde oder Person, die die messtechnische Kontrolle durchgeführt haben, eindeutig und rückverfolgbar hervorgehen.“

20.2 Phoniatriische und pädaudiologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

20210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

306
33,12

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 32 **Prüfzeit:** 27 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

20211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

209
22,62

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 20210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 22 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

20212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

210
22,73

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 20210.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 22 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

20220 Zuschlag für die phoniatisch-pädaudiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 **27**
2,92

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 20220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

20222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 20220 **7**
0,76

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

20227 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 **2**
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

20.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

20310 Lupenlaryngoskopie **76**
8,23

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des Kehlkopfes mittels Endoskop (Laryngoskop)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung der oberen Trachea

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1530

Kommentar: Wird bei der Kehlkopfuntersuchung keine Lupenlaryngoskopie angewandt, so ist die Untersuchung des Kehlkopfes mit der Grundpauschale ausgeglichen.

20311* Schweb- oder Stützlarngoskopie **172**
18,61

Obligater Leistungsinhalt

- Schweb- oder Stützlarngoskopie in Narkose

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09312, 09313, 20312, 20313

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1533

20312* Direkte Laryngoskopie beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **189**
20,45

Obligater Leistungsinhalt

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop und/oder
- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schweb- oder Stützlarngoskopie (Nr. 20311)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09312, 09313, 20311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1530, 1533

20313* Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen **83**
Obligatorer Leistungsinhalt **8,98**

- Stimm lippenstroboskopie,
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09312, 09314, 09318, 20311, 20314

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1416

20314* Videostroboskopie **152**
Obligatorer Leistungsinhalt **16,45**

- Videostroboskopische Untersuchung der Stimmlippen zur Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen, in bewegtem und stehendem Bild,
- Bilddokumentation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09314, 09318, 20313

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. Nr. 1416 mit erhöhtem Steigerungsfaktor

20320 Tonschwellenaudiometrische Untersuchung **147**
Obligatorer Leistungsinhalt **15,91**

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vertäubung,
- Bestimmung der Intensitätsbreite

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen nach der Nr. 20320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Bei audiometrischen Untersuchungen mit Kopfhörern müssen sowohl für Normalhörige als auch für Schwerhörige die Bedingungen der DIN ISO 8253 – 1 erfüllt sein. Zusätzlich muss diese Norm auch für audiometrische Untersuchungen von Schwerhörigen oder Patienten mit unklarem Hörvermögen im freien Schallfeld erfüllt sein. Bei audiometrischen Untersuchungen zur Bestimmung der Hörschwelle im freien Schallfeld über Lautsprecher bei Normalhörigen muss zusätzlich die DIN ISO 8253 – 2 erfüllt sein.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09340, 20340

in derselben Sitzung 09320, 09321, 20321

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1403*, 1406* (Kinderaudiometrie)

Kommentar: PTB = Physikalisch-technische Bundesanstalt. Bei Durchführung an einer speziellen Kinderaudiometrianlage können die Zuschläge nach den Nrn. 20335 (Kinderaudiometrie) oder 20336 (Kindersprachaudiometrie) berechnet werden.

20321 Sprachaudiometrische Bestimmung(en) des Hörvermögens im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20320 **149** 16,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchungen ein- und/oder beidseitig,
- Sprachaudiometrie bei vorausgegangener Tonschwellenaudiometrie entsprechend der Gebührenordnungsposition 20320 und/oder
- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen) und/oder
- In-situ-Messungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z.B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mit mindestens 4 Prüffrequenzen, ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09340, 20340

in derselben Sitzung 09320, 09321, 09335, 09336, 20320, 20335, 20336

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5**Prüfzeit:** 4**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1404*

20322 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 für die Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage **32** 3,46

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer sonstigen kinderaudiometrischen Einrichtung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09322, 09335, 20335

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 2**Prüfzeit:** 2**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1406* (Kinderaudiometrie bis 7. Lebensjahr), ab 8. Lebensjahr 1403*, 1404*

20323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung **78** 8,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Mindestens vier Prüfsequenzen,
- Ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- Ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Reflexdecay

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09323, 09324, 20324

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA**Prüfzeit:** 2**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1407

20324 Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen **120** 12,99

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09340, 20340

am Behandlungstag 01705, 01706

in derselben Sitzung 09323, 09324, 09327, 20323, 20327, 20371

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1409

20325**Prüfung der Labyrinth mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG****262**
28,36**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchungen(en) ein- und/oder beidseitig,
- Elektronystagmographische Aufzeichnung mittels ENG/VNG

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09340, 20340

in derselben Sitzung 09325, 09327, 20327, 20371

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 9**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1412, 1413

20326**Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung****334**
36,15**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 09340, 20340

in derselben Sitzung 09326, 09327, 20327

Bericht:

Aufwand in Min.

GOÄ

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 21**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1408

20327**Hörschwellenbestimmung****543**
58,77**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, MMN),
- Sedierung oder Schlafauslösung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen (Nr. 20324),
- Prüfung der Labyrinth mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG (Nr. 20325),
- Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung (Nr. 20326)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09324, 09325, 09326, 09327, 20324, 20325, 20326

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 21**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1408 mit erhöhtem Multiplikator

20330**Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme****203**
21,97**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,

- Differenzierende Beurteilung(en) von
 - Stimmqualität,
 - Stimmleistung,
 - Sprechstimmlage,
 - Stimmumfang,
 - Stimmintensität,
 - Stimmeinsatz,
 - Stimmresonanz

Fakultativer Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung des Sprechens und der Sprache (Nr. 20331)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 09330, 09331, 09332, 09333, 20331, 20332, 20333
im Behandlungsfall 09330

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1556

Auch wenn die Leistung in mehreren Sitzungen erbracht wird, kann die Nr. 20330 nur 1x abgerechnet werden.

20331

Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache

292
31,60**Obligater Leistungsinhalt**

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
 - der Sprachentwicklung,
 - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
 - der Grammatik und Syntax,
 - der Artikulationsleistungen,
 - der prosodischen Faktoren,
 - des Redeflusses,
 - des Sprachverständnisses,
 - der zentralen Sprachverarbeitung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung der Stimme (Nr. 20330),

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 09330, 09331, 09332, 20330, 20332
im Behandlungsfall 09330

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1555, ggf. für Sprachentwicklungstests Nr. 856*

Auch wenn die Leistung in mehreren Sitzungen erbracht wird, kann die Nr. 20331 nur 1x abgerechnet werden.

20332

Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie

324
35,07**Obligater Leistungsinhalt**

- Eingehende Untersuchung auf
 - Aphasie
- und/oder
 - Dysarthrie
- und/oder
 - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09330, 09331, 09332, 20330, 20331

- Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
- Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 34 **Prüfzeit:** 29 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden. Ggf. Untersuchungsleistungen und analoger Ansatz der Nr. 855* entsprechend GOÄ § 6 (2*).
- Kommentar:** Auch wenn die Leistung in mehreren Sitzungen erbracht wird, kann die Nr. 20332 nur 1x abgerechnet werden.

20333 Stimmfeldmessung **60** 6,49

Obligator Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110dB,
- Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme,
- Graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09330, 09333, 20330

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

20334 Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese **133** 14,39

Obligator Leistungsinhalt

- Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese,
- Absaugung

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

20335 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrianlage **140** 15,15

Obligator Leistungsinhalt

- Beobachtungsaudiometrie und/oder
- konditionierte Bestimmung der Hörschwelle und/oder
- Spielaudiometrie,
- an einer Kinderaudiometrianlage,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20335 setzt eine Kinderaudiometrianlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09321, 09322, 09335, 20321, 20322

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 1406* entsprechend GOÄ § 6 (2*).

20336 Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrianlage **168** 18,18

Obligator Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrische Untersuchung(en) des Sprachgehörs,
- an einer Kinderaudiometrianlage,
- Verwendung von Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bilddarbietung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20336 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20336 setzt eine Kinderaudiometrianlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungs-lautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 09321, 09336, 20321

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistungen.

20338

Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

1296
140,26

Obligator Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Stapediusreflex- und Impedanzmessung,
- Tonschwellenaudiometrie sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Entwicklungs- und altersgerechte Audiometrierverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrianlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Erhebung und Dokumentation des Sprachentwicklungsstandes vor der Hörgeräteversorgung sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Dokumentation,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Beratung über die altersgerechten gerätetechnischen Versorgungsmöglichkeiten,
- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),
- Kommunikation mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20338 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 20340

am Behandlungstag 09320, 09321, 09322, 09323, 09335, 09336, 20320, 20321, 20322, 20323, 20335, 20336

Aufwand in Min.

Kommentar:

Kalkulationszeit: 62 **Prüfzeit:** 50 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Siehe: Qualitätssicherungsvereinbarung – Hörgeräteversorgung Kinder

http://www.kbv.de/media/sp/Hoergeraeterversorgung_Kinder.pdf –

20339

Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind

**769
83,23**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/der Hörgeräte,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Erfolgskontrolle mittels entwicklungs- und altersgerechter Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spiel-audiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrianlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2, im Freifeld und, soweit indikativ geboten, im Störschall,
- Dokumentation,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20339 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 09321, 09336, 20321, 20336, 20340

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 44 **Prüfzeit:** 35 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

20340

Hörgeräteanpassungs- und Gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

**732
79,22**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/der Hörgeräte,
- Erfolgskontrolle mittels entwicklungs- und altersgerechter Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Sprachaudiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrianlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2, im Freifeld und, soweit indikativ geboten, im Störschall,
- Kontrolle der Hörgerätefunktion, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle und Dokumentation der Sprachentwicklung nach der Hörgeräteversorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20340 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 20338

am Behandlungstag 09321, 09336, 20321, 20336, 20339

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 29 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 518* und Nr. 1405* entsprechend GOÄ § 6 (2*), ggf. Ansatz eines höheren Steigerungssatzes.

20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	154 16,67
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Tinnitusmatching, • Messung der Verdeckbarkeit und/oder Maskierung, • Beratung zum Umgang mit der Tinnitus-erkrankung (Dauer mindestens 10 Minuten),	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Planung und Koordination der komplementären Heil- und Hilfsmittelversorgung, • Einleitung und/oder Koordination weiterführender Behandlungen,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 09343	
	am Behandlungstag 09321, 20321	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 17 Prüfzeit: 14 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
20350*	Pneumographie	214 23,16
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Pneumographische Untersuchung der Atembewegungen in Ruhe, beim Sprechen und Singen, • Graphische Registrierung	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 10 Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, analog Nr. 605*.	
20351*	Elektroglottographie	279 30,20
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Elektroglottographische Untersuchung mit Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen und -amplituden bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken, • Graphische Registrierung	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 10 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1557	
20352*	Schallspektrographie	306 33,12
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Schallspektrographische Untersuchung der Stimme mit Bestimmung des Leistungsdichtespektrums, der Grundfrequenz und der Formantstrukturen, • Graphische Registrierung	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 10 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 1557 entsprechend GOÄ § 6 (2*).	
20353*	Palatographie	272 29,44
	Obligater Leistungsinhalt	
	• Palatographische Untersuchung, • Sensomotorische Diagnostik im Orofacialbereich, • Bilddokumentation	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 11 Prüfzeit: 10 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 856* entsprechend GOÄ § 6 (2*).	
Kommentar:	Auch wenn die Untersuchungen nach dieser Nr. auf mehrere Termine verteilt werden, ist die Leistung nur einmal abrechenbar.	

20360* Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung 143 15,48

Obligatorer Leistungsinhalt

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 30 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 20361

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1558*, 1559*, 1560*

Kommentar: Entsprechend der Leistungslegende wird für den obligaten Leistungsinhalt eine Dauer von mind. 30 Min. angesetzt. Da die Bewertung der Leistung je 15 Min. zählt, kann die erbrachte Leistung nach Nr. 20353 schon 2x mit Ansatz von Nr. 20360 abgerechnet werden. Dauert die Untersuchung noch länger, kann für je vollendete 15 Min. ein weiteres Mal die Leistung berechnet werden. Dauert die Untersuchung 45 Min. kann also 3x die Nr. 20360 abgerechnet werden.

20361* Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung 76 8,23

Obligatorer Leistungsinhalt

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 60 Minuten,
- Mindestens 3, höchstens 4 Teilnehmer,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 30 Minuten**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 20360

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Ggf. analoger Ansatz für die Nrn. 1558*, 1559*, 1560* – in der GOÄ aber als Einzelbehandlung angegeben.

Kommentar: Entsprechend der Leistungslegende wird für den obligaten Leistungsinhalt eine Dauer von mind. 60 Min. angesetzt.

20364 Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32 83 8,98

Obligatorer Leistungsinhalt

- Absaugung unter endoskopischer und/oder mikroskopischer Kontrolle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 20364 ist höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 09364 und/oder 20364 sind in Summe höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 20364 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig, das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Abrechnungsausschluss im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31.4.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

20365 Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V 83 8,98

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Pflege und Reinigung des Gehörganges und/oder Mittelohres

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringen von Medikamenten,
- Tympanoskopie,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20365 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 09365 und/oder 20365 sind in Summe höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 20365 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig, das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.

Abrechnungsausschluss im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31.4.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

20370* Zusatzpauschale Abklärung einer Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung **133**
Obligatorer Leistungsinhalt **14,39**

- Erbringung standardisierter Hörtests zur Diagnostik zentral-auditiver Hörstörungen oder

- Prüfung des Richtungsgehörs mit mindestens 5 Lautsprechern oder

- Ergänzende sprachaudiometrische Untersuchung im Störschall mit mindestens 2 weiteren über den Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 20321 hinausgehenden Schallpegeln oder

- Anwendung von Testverfahren (z.B. zeitkomprimierte Sprache, HLAD, binaurale Fusion),

Abrechnungsbestimmung höchstens viermal im Behandlungsfall

Anmerkung Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer haben in einem – nach DIN ISO 8253 EN – schallisolierten Raum zu erfolgen.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. Nrn. 1403*, 1404*, mit höherem Steigerungssatz.

20371* Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) **391**
42,32

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aachener Aphasietest (AAT),
- Schriftliche Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 16371, 35300, 35301, 35302

in derselben Sitzung 09324, 09325, 20324, 20325

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 40 **Prüfzeit:** 35 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 855*.

Kommentar: Auch wenn die einzelnen Leistung nach dieser Nr. auf mehrere Termine verteilt werden, ist die Nr. 20371 nur einmal abrechenbar.

20372 Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit **494**
Obligatorer Leistungsinhalt **53,46**

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie,

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Beratung über Versorgungsmöglichkeiten,
- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 09373, 20373

im Behandlungsfall 09320, 09321, 09323, 09374, 20320, 20321, 20323, 20374

im Krankheitsfall 09372

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

20373

Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

523
56,60

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

im Krankheitsfall 09373

am Behandlungstag 09372, 09374, 20372, 20374

im Behandlungsfall 09372, 09374, 20372, 20374

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 16 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

20374

Zusatzpauschale für Nachsorgen bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen

452
48,92

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,

- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20374 ist nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung

eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20374 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 09373, 20373

im Behandlungsfall 09320, 09321, 09372, 09374, 20320, 20321, 20372

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

20375

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20373 und 20374

62
6,71

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2
- SGB V, Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräteakustiker,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20375 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20375 nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 09375

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden. Abrechnung der einzeln erbrachten Leistungen.

20377

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340

62
6,71

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräte-(Päd-)akustiker und Berücksichtigung der durch den Hörgeräte-(Päd-)akustiker erhobenen Anpassungsergebnisse,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20377 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20377 nicht berechnungsfähig.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

20378

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen

134
14,50

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Rücksprache zur individuellen Hör- und Sprachentwicklung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 20378 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20378 nicht berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 15

Prüfzeit: 12

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)

Informationen zur Psychotherapie Berechnung bei Bundeswehrangehörigen:

https://www.kvno.de/60neues/2017/17_11 Psychotherapie_bundeswehr/index.html

21.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie

berechnet werden.

2. Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01800, 01630, 01640, 01641, 01642, 01802 bis 01811, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02342 und 02510 bis 02512.

4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610 und 30611, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.8, IV-30.9, IV-30.11, IV-30.13 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-35, IV-37 und IV-38.

5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 21 – also die Leistungen nach den Nrn. 21210 bis 21340 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde und
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie.

Für Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist entgegen der Regelung in Abschnitt 6 (6.1) der Allgemeinen Bestimmungen die Höhe der Grundpauschale nicht an den Versorgungsauftrag gekoppelt, sondern für diese Fachärzte gelten generell die Grundpauschalen nach den Nrn. 21213 bis 21215 und der Zuschlag nach Nr. 21225.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,

- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis,
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie,
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
- Nr. 01630 Medikationsplan,
- Nrn. 01800 bis 01813 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Dämmungsgestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion,
- Nr. 02101 Infusionstherapie,
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion,
- Nr. 02200 Tuberkulintestung,
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde,
- Nr. 02342 Lumbalpunktion,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nrn. 30610, 30611 Hämorrhoidenbehandlung
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neuropsychologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.8 Soziotherapie
 - 30.9 Schlafstörungsdiagnostik
 - 30.11 Neuropsychologische Therapie
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen

Psychiatrische Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

21210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

209

22,62

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

21211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

196

21,21

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 21210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

21212

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

200

21,65

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 21210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**21213 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr****281**
30,41**Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436Aufwand in Min.
GOÄ**Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.**Kommentar:** Werden die Grundpauschalen nach den EBM-Nrn. 21213 bis 21215 neben den Gesprächsleistungen nach Nr. 21220 oder Nr. 21222 abgerechnet, ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Nrn. 21220 oder 21222.

Dies gilt nicht, wenn die EBM-Nr. 21220 oder EBM-Nr. 21222 an anderen Tagen als die Grundleistung erbracht und abgerechnet wird. In solchen Fällen ist eine Kontaktzeit von 10 Minuten ausreichend.

21214 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**265**
28,68**Abrechnungsbestimmung** Siehe Nr. 21213.Aufwand in Min.
GOÄ**Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen.**21215 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres****269**
29,11**Abrechnungsbestimmung** Siehe Nr. 21213.Aufwand in Min.
GOÄ**Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Diese Pauschale kennt die GOÄ nicht. Abzurechnen sind die erbrachten Einzelleistungen**21216 Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit,****150**
16,23**Abrechnungsbestimmung** je 10 Minuten, höchstens fünfmal im BehandlungsfallAufwand in Min.
GOÄ**Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 4**Kommentar:** Das Erheben einer Fremdanamnese und/oder die Anleitung von Bezugspersonen je 10 Minuten kann im Behandlungsfall = Quartalsfall insgesamt für 50 Minuten durchgeführt werden. Daneben sind die entsprechenden Grundpauschalen abrechenbar.

Bei den Kontakten mit Bezugspersonen sind keine normalen, sich stets wiederholenden Gespräche über den Zustand des Patienten gemeint, sondern Anleitungen der Bezugsperson zur Behandlung bzw. zum Umgang mit dem Patienten. Verständigungsprobleme mit Ausländern, die z.B. der deutschen Sprache nicht mächtig sind, können nicht nach Nr. 21216 berechnet werden.

Beispiel:

Bei einer schwer psychisch erkrankten 61jährigen Patientin werden mehrmals Anleitungsgespräche mit einer Bezugsperson geführt.

Erstkontakt: 07.01.	Grundpauschale EBM Nrn. 21211 (Fakultativer Inhalt: 10 Min. Gespräch) + 21216 x 1 (für 10 Minuten Gesprächsdauer) = 20 Min. Gesamtgesprächsdauer
08.01.	21216 x 1 (für 10 Minuten Gesprächsdauer)
05.02.	21216 x 1 (für 10 Minuten Gesprächsdauer)
28.02.	21216 x 2 (für 20 Minuten Gesprächsdauer)

Es wurde also die erlaubte Zahl von 5x Nr. 21216 im Quartal abgerechnet. Sind weitere Gespräch dieser Art mit dem Patienten erforderlich, können sie nicht mehr abgerechnet werden.

21217 Supportive psychiatrische Behandlung eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnanorganisch akut dekompensierten Patienten, 28 3,03

Abrechnungsbestimmung höchstens dreimal im Behandlungsfall

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 812

Kommentar: Die Leistung kann nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erbracht werden. Meist wird die Leistung im Rahmen eines dringend angeforderten Hausbesuch erbracht.

21218 Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 44 4,76

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21218 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

21219 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21218 12 1,30

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21219 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

21.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

21220 Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, 136 14,72

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte,

- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21220 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 21220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 16220, 21221, 30930, 30931, 30932, 30935 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 804, 886 (Kinder)

Die in der Legende vorgegebene Gesprächsdauer beträgt mind. 10 Minuten. Ist eine längere Gesprächsdauer erforderlich, so kann für jeweils weitere vollendete 10 Minuten erneut die Nr. 21220 abgerechnet werden.

Wird die Leistung nach EBM Nr. 21220 neben den Grundpauschalen nach 21210 bis 21212 oder nach den Grundpauschalen für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie nach EBM Nrn. 21213 bis 21215 erbracht und berechnet, dann müssen mind. 20 Minuten Gesprächsdauer aufgewendet worden sein.

Die Leistung nach EBM Nr. 21220 kann nur abgerechnet werden, wenn ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt stattgefunden hat und dies nicht im Rahmen eines Telefonates.

Sind im Rahmen der Erhebung der biographischen Anamnese Gespräche (auch ohne Anwesenheit des Patienten) mit Dritten, z.B. mit Lehrern, Erziehern, Eltern und anderen Angehörigen erforderlich, so sind diese in der Leistung der Nr. 21220 mit eingeschlossen.

21221**Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)****134****14,50****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21221 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21221.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 16220, 21220 und Kapitel 30.3, 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. A 888

Eine Aufteilung der Sitzungsdauer von 40 Minuten auf z.B. zwei Termine mit je 20 Min. ist nach der Legende nicht gestattet.

21225**Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215****39****4,22**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21225 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

21226

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21225

10**1,08****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21226 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

21227

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212

6**0,65****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein**21228**

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215

6**0,65****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein**21230**

Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung

375**40,58****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotyp Störung,

F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und – handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 21231, 21232, 21233

in derselben Sitzung 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 45 **Prüfzeit:** 37 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 15.

Kommentar: Die Zusatzpauschale nach Nr. 21230 kann nur für die **kontinuierliche** Mitbetreuung von Patienten in der häuslichen und/oder familiären Umgebung abgerechnet werden, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- F00.- bis F02.- Demenz,
- F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung,
- F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung),
- F20.- Schizophrenie,
- F21 Schizotype Störung,
- F22.- Anhaltende wahnhafte Störung,
- F25.- Schizoaffective Störung,
- F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen,
- F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose,
- F30.- Manie,
- F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression,
- F41.1 Generalisierte Angststörung,
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt,
- F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale],
- F42.2 Zwangsgedanken und – handlungen, gemischt,
- F50.- Essstörungen,
- F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung,
- F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung,
- F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung,
- F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung,
- F84.- Autismus,
- F94.0 Mutismus.

Auch wenn zwei oder sogar mehr Erkrankungen aus dieser Übersicht vorliegen und behandelt werden, kann die Leistung nach Nr. 21230 trotzdem nur 1x im Quartal abgerechnet werden.

21231

Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen

209
22,62

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und – handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 14314, 16231, 21230, 21232, 21233 in derselben Sitzung 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 15.

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM-Nr. 2130.

21232 Zusatzpauschale Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung 198 21,43

Obligatorer Leistungsinhalt

- Koordination
 - intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
 - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
 - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21232 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 14240, 21230, 21231, 21233 in derselben Sitzung 35150, 35152, 35152 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen.

21233 Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung 299 32,36

Obligatorer Leistungsinhalt

- Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnanorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,

- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauf-
lagen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F 00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opiode, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotypen Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 21230, 21231, 21232

in derselben Sitzung 35150, 35151, 35152, 37300, 37302 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 15.

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM-Nr. 2130.

21310 Elektroenzephalographische Untersuchung

251
27,16

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Anmerkung Die für die Gebührenordnungsposition 21310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21311, 30900, 30901

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 827

Kommentar: Wird eine Ableitungsdauer von 120 Min. erforderlich, ist die Nr. 21311 zu berechnen.

21311 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung

548
59,31

Obligatorer Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 16311, 21310, 30900, 30901	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 50 Prüfzeit: 38 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 827, 827a	
Kommentar:	Nach dem Kommentar von Wezel/Liebold ist die simultane Ableitung (Monitoring) eines EKGs nicht zusätzlich berechnungsfähig.	

21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	126
	Obligatorer Leistungsinhalt	13,64
	• Elektronystagmo-/Okulographie und/oder • Blinkreflexprüfung, • Ein- und/oder beidseitig,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 04439, 14330, 16320	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 10 Prüfzeit: 8 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 1413. Wezel-Liebold gibt auch die GOÄ Nr. 829 an.	

21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	263
	Obligatorer Leistungsinhalt	28,46
	• Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder • Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder • Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder • Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale, • Beidseitige Untersuchung(en),	
	Abrechnungsbestimmung je Sitzung	
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 21321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04436, 14331, 16321	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 21 Prüfzeit: 16 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 828	
Kommentar:	Auch wenn mehrere unterschiedliche evozierte Potentiale untersucht werden, kann die Leistung im Behandlungsfall = Quartalsfall nur 2x berechnet werden. Wird im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 21321 auch ein EEG abgeleitet, kann zusätzlich die Nr. 21310 oder die Nr. 21311 berechnet werden.	

21330*	Konvulsionsbehandlung unter Vollnarkose,	94
	Abrechnungsbestimmung je Sitzung	10,17
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 836, 837 und entsprechende Narkoseleistung.	

21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	19
	Obligatorer Leistungsinhalt	2,06
	• Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z.B. SKT, MMST, TFDD),	
	Abrechnungsbestimmung bis zu dreimal im Behandlungsfall	

	Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 1 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 855*, 856*, 857*.
Kommentar:	Zur Abrechnung ist es nicht erforderlich, dass die Leistung nach Nr. 21340, d.h. alle 3 vom Arzt ausgewählten Tests, an einem Tag erbracht wird. Die Durchführung der Testverfahren ist delegierbar. Die Indikation zum Test, die Testauswahl und Auswertung sind ärztliche Leistungen.

Syndrom Kurztest (SKT)*

Ausführlicher Test zum Demenz-Screening. Es wird mit bunten Bildern und Spielsteinen gearbeitet wird. Der Test dauert ca. 15 Minuten und kann auch von geschultem Praxispersonal abgenommen werden. Um bei einer Verlaufskontrolle Lerneffekte auszuschließen, gibt es den SKT in neun Parallelformen.

Mini-Mental-Status-Test (MMST)*

Häufiger Test, der aber für die Frühdiagnostik von Demenz-Erkrankungen nicht sehr geeignet ist. Ab einer mittelschweren Demenz leistet der MMST aussagekräftige Ergebnisse.

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)*

Leicht durchführ- und auswertbarer Test für die Praxis

Die in der Legende aufgeführten Testverfahren sind nur Beispiele für mögliche Verfahren, es sind auch andere standardisierte Tests möglich z.B.

Basic Activities of Daily Living (B-ADL) – Test zur Verlaufskontrolle von Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der Alltagsaktivitäten.

Brief Cognitive Rating Scale (BCSR) – Test für Diagnostik, Schweregradbestimmung und Verlaufskontrolle. Im Internet unter www.ifap.de/bda-manuale/demenz/download/bcrs.pdf als pdf-Datei downloadbar

Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) – Test zur Verlaufskontrolle bei frühen Stadien der Demenz.

Fast alle Tests finden Sie über gängige Suchmaschinen im Internet, meist als pdf-Datei zum download. – Zu den wichtigsten Bezugsquellen von Testmaterial im deutschen Sprachraum zählen der Hogrefe-Verlag (<http://www.testzentrale.de>) mit der übernommenen Beltz Test GmbH und der Huber-Verlag (<http://verlag-hanshuber.ciando.com/index.cfm>)

22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

22.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323 und 02510 bis 02512.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.8, IV-30.11, IV-30.13 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33 und IV-35 und Nrn. 38100 und 38105.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 22 – also die Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22230 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von **Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** abgerechnet werden. Früher waren die Leistungen dieses Kapitels für Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin berechnungsfähig. Die Umbenennung beruht auf der Weiterentwicklung des Weiterbildungsrechts der Ärztekammern. Da nach den allgemeinen Übergangsbestimmungen der Weiterbildungsordnungen einmal erworbene Weiterbildungsbezeichnungen weitergeführt werden dürfen und die Inhalte dieses Kapitels gegenüber dem EBM 2000plus im wesentlichen unverändert sind, ist davon auszugehen, dass auch nach wie vor die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin die Leistungen dieses Kapitels weiterhin berechnen können.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,

- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
- Nr. 01630 Medikamentationsplan,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilschleife
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neuropsychologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.11 Neuropsychologische Therapie
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Rechtsprechung**► Approbation als Voraussetzung für Kostenübernahme bei Psychotherapie**

Das Bundessozialgericht (BSG) hat höchstrichterlich entschieden, dass Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung nur dann von der GKV übernommen werden können, wenn der Therapeut über die Approbation als Arzt oder die berufsrechtliche Erlaubnis nach dem Psychotherapeutengesetz verfügt. Im vorliegenden Fall hatte die Kasse die Übernahme der Behandlungskosten für eine Psychotherapie bei einer Heilpraktikerin abgelehnt. Das Gericht bestätigte, dass Heilpraktiker in jedem Fall aus dem GKV-System ausgeschlossen seien, was nicht gegen Verfassungsrecht verstoße.

Aktenzeichen: BSG, Urteil vom 13. Dezember 2016, Az.: B 1 KR 4/16 R

Entscheidungsjahr: 2016

22.2 Psychosomatisch und Psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen**Grundpauschale****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

22210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**138**
14,94**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601

in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

22211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**179**
19,37

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 22210.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

22212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres**156**
16,88

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 22210.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

22216 Zuschlag für die psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 **164**
17,75

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 22216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

22218 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 22216 **44**
4,76

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 22218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

22219 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 **2**
0,22

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 22219 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Abrechnungsausschluss Leistung(en)

im Krankheitsfall 01630

Berichtspflicht Nein

22.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

22220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) **108**
11,69

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 22220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 22221, 22222, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 849

Kommentar: Die Abrechnung der Nr. 22220 erfordert ein mindestens 10minütige psychotherapeutisches Gespräch. Überschreitet der Zeitraum für das Gespräch etc. mehrere Male das Intervall

von jeweils 10 Minuten, so kann entsprechend häufig – bis zu 15x im Behandlungsfall = Quartalsfall – die Leistung nach Nr. 22220 berechnet werden.

Wird die Nr. 22220 zusätzlich zu einer Grundpauschalen nach 22210 bis 22212 berechnet, muss der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt bei einer Beratung und Behandlung mind. 20 Minuten gedauert haben, da in der Legende der Grundpauschale schon ein Zeitrahmen von 10 Minuten vorgeschrieben ist.

Beispiel:

Eine 40jährige Patientin sucht den Arzt am Montag, den 7.1.07 auf (Gesprächsdauer 30 Minuten) und es folgen weitere 4 Konsultationen im Quartal=Behandlungsfall von unterschiedlicher Gesprächsdauer. Damit ergibt sich folgende Abrechnung:

Erstkontakt: 07.01.	Grundpauschale EBM Nrn. 22211(Fakultativer Inhalt: 10 Min. Gespräch) + 23220 x 2 (für 20 Minuten Gesprächsdauer) = 30 Min. Gesamtgesprächsdauer
08.01.	22220 x 3 (für 30 Minuten Gesprächsdauer)
05.02.	22220 x 4 (für 40 Minuten Gesprächsdauer)
06.02.	22220 x 3 (für 30 Minuten Gesprächsdauer)
07.02.	22220 x 3 (für 30 Minuten Gesprächsdauer)

Es wurde also die erlaubte Zahl von 15 Psychotherapeutischen Gesprächen nach Nr. 22220 abgerechnet. Sind weitere Gespräch dieser Art mit dem Patienten erforderlich, können sie nicht mehr abgerechnet werden. Finden die Gespräche nicht immer „in einem Stück“ an einem Tag statt, sondern zu unterschiedlichen Zeiten, empfiehlt es sich, die Zeiten bei der Abrechnung anzugeben.

Antragspflichtige Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien aus dem Abschnitt 35.1 können nicht neben der Nr. 22220 berechnet werden.

22221

Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)

**90
9,74**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychosomatisch und/oder psychopathologisch definierten Krankheitsbildes,
- Einbeziehung psychosozialer Gesichtspunkte,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22221.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 22221 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22221.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 22220, 22222, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 849

Neben der Leistung nach EBM Nr. 22221 können antragspflichtige und nicht-antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie nicht abgerechnet werden.

22222**Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)****74**
8,01**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22222 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22222.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 22220, 22221, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 6**Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 849

Kommentar:

Zur Abrechnung der Leistung ist ein Gruppe von mind. 3 bis höchstens 8 Teilnehmern und eine Dauer von mind. 40 Minuten erforderlich. Eine Aufteilung der Gruppenbehandlung auf geringe zeitliche Einheiten z.B. 2 Tage, je 20 Min. ist nicht gestattet. Antragspflichtige oder nicht antragspflichtige Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien aus den Abschnitten 35.1 und 35.2. können nicht neben der Nr. 22222 berechnet werden.

22230**Klinisch-neurologische Basisdiagnostik****65**
7,03**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Erhebung des Reflexstatus,
- Prüfung der Motorik,
- Prüfung der Sensibilität,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,
- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,
- Prüfung des Vegetativums,
- Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13250, 27311

in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 35142

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 7**Prüfzeit:** 7**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, Abrechnung der Nr. 800 mit erhöhtem Steigerungssatz.

Kommentar:

Um die Leistung berechnen zu können, müssen die drei vorgeschriebenen obligaten Untersuchungen (Reflexstatus, Prüfung der Motorik und Sensibilität) erbracht sein. Antragspflichtige oder nicht antragspflichtige Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien aus den Abschnitten 35.1 und 35.2. können nicht neben den Nrn. 22222 und 22230 berechnet werden.

23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

23.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde)

berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01460, 01461, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323 und 02510 bis 02512.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 38100 und 38105, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.11, IV-30.13 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33 und IV-35 und Nrn. 38100 und 38105.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind außer den Gebührenordnungspositionen in diesem Kapitel nur die Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01430, 01435, 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01622 und bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811, die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.11 sowie die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Samstagssprechstunde (Psychotherapie)

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können die GOP 01102 berechnen, wenn sie samstags Patienten behandeln.

Die GOP 01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 14:00 Uhr) wird rückwirkend zum 01.04.2005 in die Nummer 5 der Präambel zum Abschnitt 23.1 aufgenommen. Die rückwirkende Änderung des EBM wird auf nicht bestandskräftige Honorarbescheide angewendet.

6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 23 – also die Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23220 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde).

Die Erweiterung der Patientengruppe für Kinder- und Jugendlichentherapeuten auf diejenigen Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, ist gegenüber dem EBM

2000plus eine Neuerung. Dadurch wird vermieden, dass eine einmal begonnene Therapie mit Vollendung des 21. Lebensjahres beendet bzw. bei einem Erwachsenentherapeuten fortgesetzt werden muss.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für **Ärztliche Psychotherapeuten** abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01622 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
 - Nr. 02100 Infusion
 - Nr. 02101 Infusionstherapie
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung
 - Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
 - Nr. 02320 Einführung Magenverweilschleife
 - Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
 - Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
 - 30.11 Neuropsychologische Therapie
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 35 Psychotherapie

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
 - Nrn. 01410 bis 01413 und 01415 Besuch
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01620 bis 01622 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan,
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen

Grundpauschale für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

23210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436, 23214

81
8,77

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Zum Leistungsinhalt der Grundpauschalen nach 23210 bis 23212 gehört im Rahmen des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes u. a. eine Beratung und Behandlung von bis zu 10 Minuten Dauer. Bei längerer Dauer kann für jeweils weitere 10 Minuten die Leistung nach Nr. 23220 berechnet werden – anders als im Kapitel 22 (Psychosomatische Medizin – Psychotherapie) findet sich in der Legende keine Begrenzung zur Abrechnungshäufigkeit der Leistung nach Nr. 23220 im Quartal. Die Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212 und Nr. 23214 können im Rahmen einer Gruppenbehandlung für jeden Patienten einzeln abgerechnet werden. Ändert sich während des Behandlungsfalls=Quartal das Alter des Patienten und wird er dadurch einer anderen Grundpauschalen-Altersgruppe zugehörig, ergibt sich daraus keine neue Grundpauschale. Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersgruppe ist das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungserbringung im Quartal – siehe Allgemeine Bestimmungen I 4.3.5 (Altersgruppen)

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IgeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IgeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

23211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **120**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 23210. **12,99**

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

23212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **106**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 23210. **11,47**

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

23214 Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **286**
Obligatorer Leistungsinhalt **30,95**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,
- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach den §§ 5 Abs. 4 oder 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 23210, 23211, 23212

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen.

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nummer. 23210.

Die Grundpauschale ist nur 1x im Behandlungsfall=Quartalsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

Diese Leistung nach Nr. 23214 können nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Genehmigung der KV abrechnen.

Die Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212 und Nr. 23214 können im Rahmen einer Gruppenbehandlung für jeden Patienten einzeln abgerechnet werden.

23216

Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214

164
17,75

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 23216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

23218

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23216

44
4,76

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 23218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

23.3 Therapeutische Gebührenordnungsposition

23220

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

108
11,69

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212, 23214 und 23220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 849

Kommentar:

Die Abrechnung der Nr. 23220 erfordert ein mindestens 10minütiges psychotherapeutisches Gespräch. Überschreitet der Zeitraum für das Gespräch mehrere Male das Intervall von jeweils 10 Minuten, so kann entsprechend häufig – bis zu 15x im Behandlungsfall = Quartalsfall – die Leistung nach Nr. 23220 berechnet werden

Nach **Wezel/Liebold** ist zur Abrechnung der Leistung keine Genehmigung der KV erforderlich, „...da die psychotherapeutischen Gespräche nach der Nr. 23220 nicht Bestandteil der Psychotherapie-Richtlinien sind...“

Die Leistung kann neben den Nrn. 23210 – 23212 und 23214 zusätzlich berechnet werden. Die Gesamtgesprächsdauer muss dann mind. 20 Minuten betragen

Beispiel:

Ein 52jähriger Patient sucht den Arzt erstmals am Freitag, den 4.1.07 auf (Gesprächsdauer 40 Minuten) und es folgen weitere 3 Konsultationen im Quartal=Behandlungsfall von jeweils 40 Minuten Gesprächsdauer. Damit ergibt sich folgende Abrechnung:

04.01. Grundpauschale EBM Nrn. 23211 (Fakultativer Inhalt: 10 Min. Gespräch) + 23220 x 3 (für 30 Minuten Gesprächsdauer)

07.01. 23220 x 4 (für 40 Minuten Gesprächsdauer)

08.01. 23220 x 4 (für 40 Minuten Gesprächsdauer)

09.01. 23220 x 4 (für 40 Minuten Gesprächsdauer)

Es wurde also die erlaubte Zahl von 15 Psychotherapeutischen Gesprächen nach Nr. 23220 abgerechnet. Sind weitere Gespräche dieser Art mit dem Patienten oder auch zur Anleitung einer Bezugsperson erforderlich, können sie nicht mehr abgerechnet werden. Finden die Gespräche nicht immer „in einem Stück“ an einem Tag statt, sondern zu unterschiedlichen Zeiten, empfiehlt es sich die Zeiten bei der Abrechnung anzugeben.

24 Radiologische Gebührenordnungspositionen

24.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Diagnostische Radiologie berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01414, 01416, 01422, 01424, 01430, 01435, 01520, 01521, 01530, 01531, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01641, 01642, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01755, 01758, 01759, 02100, 02101, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341 und 02343.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 36884, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.12, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33 und IV-34.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.

6. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08320 berechnen.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 24 – also die Leistungen nach den Nrn. 24210 bis 24212 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Diagnostische Radiologie abgerechnet werden.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nr. 01414 Visite auf Belegstation
 - Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nrn. 01520, 01521 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken
 - Nrn. 01530, 01531 Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung eines Kranken

- Nrn. 01610, 01611 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze, Verordnung von medizinischer Reha
- Nrn. 01620, 01621 Kurze Bescheinigung, Krankheitsbericht
- Nr. 01750 Röntgen Mammæ
- Nrn. 01752 bis 01755 Brustkrebsfrüherkennung
- Nr. 01758 Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz,
- Nr. 01759 Zuschlag Brustkrebsfrüherkennung
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde
- Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02343 Pleuradrainage
- sowie die folgende Gebührenordnungsposition des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 31.2 Ambulante Operationen
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
 - 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
 - 36.2 Belegärztliche Operationen
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den radiologischen Leistungen des Kapitels 24 nicht abrechnungsfähig.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Konsiliarpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

24.2 Radiologische Konsiliarpauschalen

Konsiliarpauschale**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchung(en),
- Interpretation,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

24210* für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **53**
Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall **5,74**

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: In der Konsiliarpauschale sind die Leistungen des EBM, die im Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen) enthalten sind, integriert (damit auch als Kassenleistungen honoriert) und können damit nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel als Leistung angeben.

Die Konsiliarpauschale kann nur 1x im Quartal abgerechnet werden; dies auch dann nur, wenn für einen Patienten innerhalb des Quartals mehrmals Überweisungen zu verschiedenen radiologischen Leistungen erfolgen.

24211* für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **44**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 24210. **4,76**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

24212* für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres **53**
Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 24210. **5,74**

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen

25.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25213 nicht berechnungsfähig.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01414, 01416, 01422, 01424, bis 01426, 01430, 01435, 01610, 01611, 01620 bis 01624, 01630, 01640, 01641, 01642, 01949, 01950, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340 und 02341.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und III.b-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.2.2, IV-30.12 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33 und IV-34.

4. Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.

5. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens drei Zielvolumina, je Behandlungstag höchstens zwei Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens sechs Stunden berechnungsfähig. Die Zeiten sind auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.

6. Die Gebührenordnungspositionen 25320 und 25321 sind grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen. Muss diese Dosis im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.

7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können pro Zielvolumen einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Telegamma- auf Beschleunigertechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumervolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.

8. Radiologisch-diagnostische Verfahren des Kapitels IV-34 zur Bestrahlungsplanung nach den Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können unter laufender Strahlentherapie neben den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht berechnet werden.

9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

10. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.

11. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 – also die Leistungen nach den Nrn. 25210 bis 25342 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Strahlentherapie und
- Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) – Anlagen 3 zum Bundesmantelvertrag Ärzte – verfügen.

Dabei sind die strahlentherapeutischen Konsiliarpauschalen (Nrn. 25210 bis 25213) nur von Fachärzten für Strahlentherapie abrechnungsfähig. Wichtig ist, dass auch Fachärzte für Strahlentherapie zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels eine Genehmigung nach der Vereinbarung für Strahlendiagnostik und -therapie benötigen.

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen,
 - Nr. 01414 Visite auf Belegstation,
 - Nr. 01416 Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
 - Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
 - Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
 - Nr. 01435 Telefonische Beratung,
 - Nrn. 01610, 01611 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze, Verordnung von medizinischer Reha,
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag,
 - Nr. 01630 Medikamentsplan,
 - Nr. 01950 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
 - Nr. 02100 Infusion,
 - Nr. 02101 Infusionstherapie,
 - Nr. 02200 Tuberkulintestung,
 - Nr. 02300 Kleiner chirurgischer Eingriff / primäre Wundversorgung / Epilation,
 - Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
 - Nr. 02320 Einführung Magenverweilsonde,
 - Nr. 02323 transurethraler Dauerkatheter,
 - Nr. 02330 Arterienpunktion,
 - Nr. 02340, 02341 Punktion
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
 - 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR

Wegen der oben genannten und einer Reihe weiterer besonderer Abrechnungsvoraussetzungen bei der Strahlentherapie – u.a. auch im Unterabschnitt 25.3.3 (Brachytherapie) – ist es für diesen Bereich besonders empfehlenswert, dass Praxen, die entsprechende Leistungen anbieten, individuelle Abrechnungsprofile für die einzelnen Ärzte der Praxis erstellen. Dies kann die Beachtung der vielfältigen Abrechnungsbestimmungen erheblich erleichtern.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den nuklearmedizinischen Leistungen des Kapitels 25 nicht abrechnungsfähig.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Konsiliarpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

25210* Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung

286
30,95

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602, 25211, 25214

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 27 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Konsiliarpauschale kann nur 1x im Quartal abgerechnet werden; dies auch dann nur, wenn für einen Patienten innerhalb des Quartals mehrmals Überweisungen zu verschiedenen strahlentherapeutischen Leistungen erfolgen.

25211* Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung

624
67,53

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602, 25210, 25214

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 65 **Prüfzeit:** 57 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Konsiliarpauschale kann nur 1x im Quartal abgerechnet werden; dies auch dann nur, wenn für einen Patienten innerhalb des Quartals mehrmals Überweisungen zu verschiedenen strahlentherapeutischen Leistungen erfolgen.

25213* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 25210 oder 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern **90**
9,74

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en), ggf. mit erhöhtem Steigerungssatz.

Kommentar: Die Konsiliarpauschale kann nur 1x im Quartal abgerechnet werden; dies auch dann nur, wenn für einen Patienten innerhalb des Quartals mehrmals Überweisungen zu verschiedenen strahlentherapeutischen Leistungen erfolgen.

25214* Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung) **90**
9,74

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
- Dokumentation(en),
- Einleitung einer geeigneten Behandlung

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01600, 01601, 01602, 25210, 25211

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Die Leistung dient der Therapiekontrolle einer durchgeführten Strahlentherapie und ist abrechenbar: innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Bestrahlung insgesamt bis zu 3x mit Beginn des 2. Jahres nach Beendigung der Bestrahlung für 4 weitere Jahre 1x im Behandlungsfall = Quartalsfall

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

25310* Weichstrahl- oder Orthovolttherapie **126**
13,64

Obligatorer Leistungsinhalt

- Therapie gutartiger und/oder bösartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie,

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, siehe Nr. 5812* ff. im Kapitel O Strahlentherapie.
- Tipp:** Kostenpauschale Nr. 40841 für individuell angepasste Ausblendungen, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen ggf. einschl. Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Nr. 25310.

25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV)

- 25320*** Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen **265
28,68**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Telekobaltgerät, mit einem Focus-Achse-Abstand von mindestens 80 cm
- oder
- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen

Abrechnungsbestimmung je Fraktion

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5834*

Kommentar: Die Leistung kann bei Bestrahlung mehrerer Zielvolumina mehrmals berechnet werden, aber nach Absatz 5. der Präambel nur maximal 3x für höchstens drei Zielvolumina. Dabei sind je Bestrahlungstag höchstens 2 Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 6 Stunden abrechnungsfähig. Die Uhrzeiten sind deshalb zwingend anzugeben. Werden mehr als 3 Felder je Fraktion bestrahlt, kann der Zuschlag nach Nr. 25322 abgerechnet werden.

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40840 für individuell angepasste Ausblendungen, ggf. mittels Multi-Leaf-Kollimator-Technik, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen ggf. einschl. Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Nr. 25320.

- 25321*** Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems **355
38,42**

Abrechnungsbestimmung je Fraktion

Anmerkung Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.

Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Codes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildungen der Meningen, D33.- Gutartige Neubildungen des Gehirns oder anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildungen der Hypophyse, D35.4 Gutartige Neubildung der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse), D42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Hypophyse, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse).

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5836*

Kommentar: Bei Bestrahlung in 3-D-Technik (auch stereotaktische, fraktionierte Bestrahlung von Gehirnläsionen) und/oder Großfeld- und/oder Halbkörperbestrahlung kann der Zuschlag nach der Nr. 25323 berechnet werden.

Der Zuschlag nach Nr. 25322 kann ab 3. Bestrahlungsfeld zusätzlich zu den Nrn. 25320 oder 25321 berechnet werden.

Tipp:

Kostenpauschale Nr. 40840 für individuell angepasste Ausblendungen, ggf. mittels Multi-Leaf-Kollimator-Technik, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen ggf. einschl. Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Nr. 25321.

25322* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 25320 oder 25321 bei Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern, **65**
7,03

Abrechnungsbestimmung je Fraktion

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5835* oder 5837* mit erhöhtem Steigerungssatz.

GOÄ**Kommentar:**

Der Zuschlag nach Nr. 25322 kann ab drittem Bestrahlungsfeld zusätzlich zur Nr. 25320 oder 25321 berechnet werden.

25323* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25321 bei Bestrahlung in 3-D-Technik (auch stereotaktische, fraktionierte Bestrahlung von Gehirnläsionen) und/oder Großfeld- und/oder Halbkörperbestrahlung, **95**
10,28

Abrechnungsbestimmung je Fraktion

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: Nr. 5837*

GOÄ**Kommentar:**

Der Zuschlag nach Nr. 25323 kann zusätzlich zur Nr. 25321 je Fraktion abgerechnet werden.

25.3.3 Brachytherapie

1. Bestrahlungsplanungen für Leistungen der Brachytherapie dieses Abschnittes sind nicht gesondert berechnungsfähig.

25330* Moulagen- oder Flabtherapie **410**
44,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden an äußeren oder inneren Körperoberflächen (Moulagen- oder Flabtherapie),
- Bestrahlungsplanung(en),

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5842*

GOÄ

25331* Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie **1171**
126,73

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden – ausgenommen Gefäße –
 - in vorgeformten Körperhöhlen
- und/oder
 - in schlauchförmigen Organen (z.B. Ösophagus)
- und/oder
 - Gängen,
 - Bestrahlungsplanung(en),

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 25332, 25333
Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5844*
Tipp: Kostenpauschale Nr. 40580 bei Verwendung von 192-Iridium 320.00 Euro berechnen!

25332* Intrakavitäre vaginale Brachytherapie **780**
84,42

Obligatorer Leistungsinhalt

- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden,
- Bestrahlungsplanung(en),

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag**Abrechnungsausschluss** am Behandlungstag 25331

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5844*
Tipp: Kostenpauschale Nr. 40580 bei Verwendung von 192-Iridium 320.00 Euro berechnen!

25333* Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren **1171**
126,73

Obligatorer Leistungsinhalt

- Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlungsplanung(en),

Abrechnungsbestimmung je Behandlungstag**Abrechnungsausschluss** am Behandlungstag 25331

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5846*
Tipp: Kostenpauschale Nr. 40580 bei Verwendung von 192-Iridium 320.00 Euro berechnen!

25.3.4 Bestrahlungsplanung

25340* Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung **373**
und individuelle Dosisplanung 40,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen 25341, 25342

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der in der GOÄ vorhandenen Leistungspositionen einer Bestrahlungsplanung.

25341* Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit **1678**
individueller Dosisplanung 181,60

Obligatorer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen 25340, 25342

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der in der GOÄ vorhandenen Leistungspositionen einer Bestrahlungsplanung.

25342*

Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung

**2497
270,24****Obligater Leistungsinhalt**

- Simulation(en)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen 25340, 25341

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der in der GOÄ vorhandenen Leistungspositionen einer Bestrahlungsplanung.

26 Urologische Gebührenordnungspositionen

26.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Urologie berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01731, 01734, 01740, 01747, 01748, 01783, 01800, 01802 bis 01804, 01806 bis 01811, 01820, 01821, 01850, 01851, 01853, 01854, 01857, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02360 und 02510 bis 02512.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 36884, 37100, 37102, 37113, und 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.6, IV-30.7.1, IV-30.7.2, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. 38.

4. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 19310 bis 19312 berechnungsfähig.

5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 26 – also die Leistungen nach den Nrn. 26210 bis 26352 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von Fachärzten für Urologie abgerechnet werden.

Hat ein Urologe entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen, kann er ferner aus dem Bereich des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen – Pathologie) die Leistungen nach den Nrn. 19310 bis 19312 abrechnen.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,
 - Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
 - Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,

26 Urologische Gebührenordnungspositionen

- Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
- Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
- Nr. 01630 Medikamentationsplan
- Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
- Nr. 01731 Krebsfrüherkennung Männer
- Nr. 01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl,
- Nr. 01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
- Nr. 01783 Alpha-1-Feto-Protein
- Nrn. 01800 bis 01804 Röteln, Blutgruppenbestimmung
- Nrn. 01806 bis 01811 Blutgruppenbestimmung, Antikörnernachweis
- Nrn. 01820, 01821 Empfängnisregelung
- Nrn. 01850, 01851 Sterilisation
- Nrn. 01853, 01854 Sterilisation
- Nr. 01857 Beobachtung, Betreuung nach Sterilisation
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- Nr. 02200 Tuberkulintestung
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nr. 02310 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus,
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter
- Nr. 02330 Arterienpunktion
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion
- Nr. 02340, 02341 Punktion
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung

- 30.5 Phlebologie
- 30.6 Proktologie
- 30.7.1, 30.7.2 Schmerztherapie
- 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
- 31.2 Ambulante Operationen
- 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
- 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 36.2 Belegärztliche Operationen
- 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

Holmium-Laser-Behandlung (nach Info der KV Hessen: (<http://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/qualitaet/qualitaetssicherung-und-genehmigungspflicht/holmium-laser-behandlung/>)

Für urologisch tätige Belegärzte ist ab dem 01.04.2016 die Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser über den EBM berechnungsfähig.

Die Holmium-Laser-Eingriffe könne als Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP) oder als Holmium-Laser-Resektion (HoLRP) der Prostata durchgeführt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser-Verfahren als anerkannte Behandlungsmethode der vertragsärztlichen Versorgung in den EBM aufzunehmen.

Für die Ausführung und Abrechnung von Holmium-Laser-Eingriffen benötigen die Vertragsärzte eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Zudem gelten spezielle Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser (Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS) festgehalten sind. Die Vereinbarung regelt die fachliche Befähigung sowie die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen. Sie tritt zum 1. April 2016 zeitgleich mit der Aufnahme entsprechender GOP (36289, 36290 und 36829) in den EBM in Kraft. Die Holmium-Laser-Eingriffe können ausschließlich belegärztlich erbracht werden.

Wer kann die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Holmium-Laser-Eingriffe beantragen?

Belegärztlich tätige Fachärzte für Urologie

Welche Leistungen können abgerechnet werden?

Die Holmium-Laser-Eingriffe können als Holmium-Laser Enukleation der Prostata (HoLEP) oder Holmium-Laser Resektion der Prostata (HoLRP) erbracht werden. Dazu wurden die neuen GOP 36289, 36290 und 36829 in den EBM aufgenommen.

Wie erfolgt die Erteilung einer Genehmigung?

Die Erteilung einer Genehmigung erfolgt nach einem Antragsverfahren bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Hinweis:

Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen können grundsätzlich nicht rückwirkend ausgesprochen werden. Eine Genehmigung kann in der Regel erst zu dem Datum erteilt werden, zu dem die Antragsunterlagen mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen vollständig bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eingegangen sind. Hierbei wird auch der Zeitpunkt der Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Niederlassung, Ermächtigung oder angestellter Arzt) berücksichtigt, somit werden Genehmigungen nicht vor der Zulassung etc. erteilt.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden?

Es müssen die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS erfüllt werden (§§ 3 – 5).

Übergangsregelung

Ärzte, die vor Inkrafttreten der Vereinbarung Holmium-Laser-Eingriffe bei bPS regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Holmium-Laser-Eingriffen bei bPS, wenn sie diese innerhalb von sechs Monaten (bis spätestens 30.09.2016) nach Inkrafttreten der Vereinbarung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit dem gesonderten Antrag für die Übergangsregelung beantragen und die Voraussetzungen nach § 10 QSV erfüllen und nachweisen.

Datenerhebung

Der an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, Angaben zur „Jahresstatistik Holmium-Laser bei bPS“ gemäß § 7 zu erheben und elektronisch zu erfassen. Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in der Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung.

Wie erfolgt die Qualitätssicherung?

In der QS-Vereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentationen verzichtet. Es ist lediglich eine allgemeine Legitimation der KV zur Einsichtnahme und Prüfung von Dokumentationen festgelegt worden.

Nach der Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistiken können frühestens nach zwei Jahren Kriterien für eine anlassbezogene (Stichproben-) Prüfungen vorgegeben werden.

26.2 Urologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

26210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

149
16,13

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**im Behandlungsfall 01600, 01601
in derselben Sitzung 01436

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IGeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

26211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

166

17,97

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 26210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**26212**

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

198

21,43

Abrechnungsbestimmung Siehe Nr. 26210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 17 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).**26220**

Zuschlag für die urologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212

35

3,79

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Anmerkung** Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 26220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

26222	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26220	9
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	0,97
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 26222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: ./.	Eignung d. Prüfzeit: Keine Eignung
	entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.	
26227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	2
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	0,22
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 26227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
	Abrechnungsausschluss Leistung(en)	
	im Krankheitsfall 01630	
	Berichtspflicht Nein	

26.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.2.1	444
		48,05
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Urethro(-zysto)skopie des Mannes, • Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, • Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, • Nachbeobachtung und -betreuung	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Prämedikation/Sedierung, • Lokalanästhesie, • Probeexzision(en), • Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien, • Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 26313	
	in derselben Sitzung und Kapitel 36.2	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: 15 Prüfzeit: 13 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1703, 1712	
Kommentar:	Jeder der im fakultativen Bereich aufgeführten Eingriffe macht die Berechnung der Leistung möglich. Werden aber mehrere Eingriffe nach Nr. 26310 in einer Sitzung ausgeführt, ist die Leistung nur 1x abrechenbar. Eine ggf. erforderliche Lokalanästhesie ist Bestandteil des fakultativen Leistungsinhaltes und nicht zusätzlich berechnungsfähig. Wenn ein operativer Eingriff erforderlich ist, sind die Leistungen im Kapitel 31.2.11 „Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem“ auszuwählen. Entscheidungserhebliche Gründe des Bewertungsausschusses zu EBM Nrn. 26310 und 26311 veröffentlichen von der KBV: ... „2. Regelungshintergründe und -inhalt Der Gesetzgeber hat durch das Personenstandsrechts-Änderungsgesetz (PStRÄndG) das Personenstandsgesetz (PStG) mit Wirkung zum 1. November 2013 geändert. Der neu aufgenommene § 22 Absatz 3 PStG sieht vor, dass die Eintragung eines Neugeborenen in das Geburtenregister ohne Angabe des Geschlechts zu erfolgen hat, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann.	

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Aufnahme einer Nr. 4.2.1 in die Allgemeinen Bestimmungen zum EBM zur Regelung der Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung. Des Weiteren wurden in diesem Zusammenhang die Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 (Urethro(-zysto)skopie des Mannes bzw. der Frau) konkretisiert.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2016 in Kraft...

26311

Urethro(-zysto)skopie der Frau oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.2.1

272
29,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie der Frau,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26313

in derselben Sitzung 08311 und Kapitel 36.2

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ****Kommentar:**

Kalkulationszeit: 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1711, 1712

Jeder der im fakultativen Bereich aufgeführten Eingriffe macht die Berechnung der Leistung möglich. Werden aber mehrere Eingriffe nach Nr. 26310 in einer Sitzung ausgeführt, ist die Leistung nur 1x abrechenbar.

Wenn ein operativer Eingriff erforderlich ist, sind die Leistungen im Kapitel 31.2.11 „Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem“ auszuwählen.

Siehe auch Entscheidungsgründe vom Bewertungsausschuss der KBV unter EBM-Nr. 26310.

Siehe auch Kommentr zu EBM-Nr. 26310.

Die KV Hessen (http://www.kvhessen.de/fileadmin/ebm-aktuell_unbestimmtes-Geschlecht.pdf) informiert:

Besonderheiten Urethro(-zysto)skopien

... „Bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm kann die Urethro(-zysto)skopie gemäß der GOP 08311* oder GOP 26311 berechnet werden. Beträgt die Urethralänge mehr als 8 cm und/oder liegt die Urethra nicht überwiegend intern ist die GOP 26310 zu berechnen.“

In diesem Zusammenhang werden auch die Leistungslegenden der GOP 26310 und 26311 um den Hinweis auf die 4.2.1 Allgemeinen Bestimmungen EBM ergänzt...

26312*

Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung

290
31,39

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Urethra,
- Fortlaufende grafische Registrierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Physikalische(r) Funktionstest(s)

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 26313

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz
entsprechend GOÄ § 6 (2*).

GOÄ

26313*

Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung

651
70,46

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Urethro(zysto-)skopie Mann (Nr. 26310),
- Urethro(zysto-)skopie Frau (Nr. 26311),
- Urethradruckprofilmessung (Nr. 26312),
- Physikalische Funktionsteste,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 30420, 30421

im Behandlungsfall 26310, 26311, 26312, 26340

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 33 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Kosten für den Cystotonometrie-Katheter sind nicht getrennt berechenbar, da sie in der Bewertung der Leistung enthalten sind.

26315*

Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

191
20,67

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege.

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 26315 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der

männlichen Geschlechtsorgane C60-C63, der Harnorgane C64-C68, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z.B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Eine onkologische Pauschale ist in der GOÄ nicht vorhanden, daher: Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Diese Leistung beschreibt zahlreiche Leistungen die obligat oder fakultativ zu erbringen sind. Berechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn mind. eine der folgenden Erkrankungen vorliegt:

- bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane,
- bösartige Neubildungen der Harnorgane,
- bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Becken,
- sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen.

26316*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin,

282
30,52

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 26316 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Genehmigung wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.

Die Gebührenordnungsposition 26316 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26316 ist im Krankheitsfall höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26316 ist nur bei erwachsenen Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben und/oder bei Erwachsenen mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose berechnungsfähig. Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 26316 reduziert sich die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 26310 um 10 Minuten.

Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 26316 entfällt die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 26311.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08312

Berichtspflicht Nein

Kommentar:

Siehe auch ausführlichen Kommentar bei EBM Nr. 08312.

26317*

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

143
15,48

Obligator Leistungsinhalt

- Beobachtung für mindestens 30 Minuten,
- Abschlussuntersuchung(en) durch den Arzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 26317 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 08313**Berichtspflicht** Nein

26320* Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 **150**
16,23

Obligater Leistungsinhalt

- Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1797

Kommentar:

Eine Harnblasenspülung zur Entfernung von Blutkoageln kann nicht extra abgerechnet werden, da Spülungen im Anhang I „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ aufgeführt sind und somit in die Grundpauschale integriert sind.

26321* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en) **133**
14,39

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Harnleitersondierung(en),
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre (Nr. 26340),
- Nierenbeckenspülung(en),
- Einbringung von Medikamenten,
- Einbringung von Kontrastmitteln in das/die Nierenbecken und/oder den/die Harnleiter

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26324, 26340, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 6**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1788, 1790, 1814

26322* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie **207**
22,40

Obligater Leistungsinhalt

- Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26323, 26324, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 1812. Berechnung der entstandenen Kosten des Katheters nach § 10 Abs.1 GOÄ.

Kommentar:

Ist es erforderlich, beiderseits eine Ureterschleife zu platzieren, kann der Zuschlag nach Nr. 26322 zweimal abgerechnet werden. Ist ein Einlegen, Wechseln oder Entfernen einer Urethraerweilschiene auf beiden Seiten erforderlich, so kann der Zuschlag nach Nr. 26322 zweimal abgerechnet werden.

26323* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für den Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie **95
10,28**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26322, 26324, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. Abrechnung der erbrachten Leistung mit erhöhtem Steigerungssatz.

26324* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene **44
4,76**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26321, 26322, 26323, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ so nicht vorhanden, ggf. Abrechnung der erbrachten Leistung mit erhöhtem Steigerungssatz.

26325* Wechsel eines Nierenfistelkatheters **285
30,84**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Wechsel eines Nierenfistelkatheters,
- Spülung,
- Katheterfixation

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26350, 26351, 26352 und Kapitel 36.2

Bericht:

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 12 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 1833

Kommentar:

Eine durch den Katheter erforderlich gewordene Wundbehandlung ist Bestandteil der Leistungslegende.

26330* Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) **5119
554,01**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Harnsteinen,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Steinortung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Einlegen einer Ureterverweilschiene (Nr. 26322),

- Wechsel Nierenfistelkatheter (Nr. 26325),
- Ultraschalldiagnostik (Kapitel IV-33),
- Radiologische Diagnostik (Kapitel IV-34),
- Prämedikation/Sedierung,
- In mehreren Sitzungen,

Abrechnungsbestimmung je behandelter Seite einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 26330 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Stoßwellenlithotripsie sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26350, 26351, 26352

im Behandlungsfall 02100, 02101, 26322, 26325, 34243, 34244, 34245, 34255, 34256, 34257, 34280, 34281, 34282 und Kapitel 33

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 60 **Prüfzeit:** 45 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 1860

Nach dieser Leistung ist die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie nur von Harnsteinen berechenbar.

26340

Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre

81

8,77

Obligater Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26313

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 26321, 26350, 26351, 26352

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1701, 1702, 1708 (Mann), 1709 (Frau)

Auch eine hydraulische Harnröhrendilatation ist nach Nr. 23340 abrechenbar. Allerdings können die Kosten für Urethradilatoren nicht gesondert berechnet werden, da sie zu den allgemeinen Praxiskosten gehören.

26341*

Prostatabiopsie

187

20,24

Obligater Leistungsinhalt

- Entnahme von mindestens 6 histologisch verwertbaren Biopsaten aus der Prostata bei Verdacht auf das Vorliegen bzw. zur Kontrolle eines Malignoms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Punktion(en) (Nr. 02340),
- Lokalanästhesie

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 26350, 26351, 26352

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 14 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 319

Eine ggf. erforderliche Lokalanästhesie ist fakultativer Bestandteil der Leistung und kann nicht extra berechnet werden.

26350**Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I****78**
8,44**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26350 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26350 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26350.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 26320, 26321, 26322, 26323, 26324, 26325, 26330, 26340, 26341, 26351, 26352, 30600, 30601, 30610, 30611

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 u.a.

Eine ggf. erforderliche Lokal- oder Leitungsanästhesie kann nicht getrennt berechnet werden, da sie Bestandteil der Leistung ist. Muss bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr der Eingriff in Narkose durchgeführt werden, ist die Nr. 31271 abrechenbar.

26351**Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II****118**
12,77**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis und/oder
- Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26351 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26351.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 26320, 26321, 26322, 26323, 26324, 26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26352, 30600, 30601, 30610, 30611

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 1713, 1714, 1715

Kommentar: Wird die Leistung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr in Narkose erbracht, ist dafür die Nr. 31271 abzurechnen. Eine innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht ist nach Nr. 31281 abrechenbar.

26352

Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

219
23,70

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Meatusplastik,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – höchstens fünfmal je Behandlungstag – berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel IV-31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel IV-36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26352 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26352.

Abrechnungsausschluss

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 und Kapitel 31.4.3

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02360, 26320, 26321, 26322, 26323, 26324, 26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26351, 30600, 30601, 30610, 30611

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2008 u.a.

27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin

27.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können – wenn sie im Wesentlichen Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin erbringen – gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Gebietsärzte, die die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sozialmedizin führen, können auf deren Antrag die Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels nicht mehr berechnen.

4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01223, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01436, 01440, 01460, 01461, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01641, 01642, 01701, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02500 und 02510 bis 02512.

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten – unbeschadet der Regelungen gemäß I-5 und I-6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30610, 30611, 30800, 36884, 37100, 37102, 37113 und 37120, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320. Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-30.1, IV-30.2.1, IV-30.3, IV-30.5, IV-30.7, IV-30.12, IV-30.13, IV-31.2, IV-31.3, IV-31.4.3, IV-31.5, IV-31.6, IV-36.2, IV-36.3, IV-36.5 und IV-36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-33, IV-34, IV-35 und Kap. IV-38.

6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 27 – also die Leistungen nach den Nrn. 27210 bis 27333 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur abgerechnet werden von

- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin erbringen und eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung haben. Letztere dürfen dann Leistungen des Kapitels 3 (hausärztlicher Versorgungsbereich) nicht mehr abrechnen; oder
- Gebietsärzten, die die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sportmedizin führen mit entsprechender Genehmigung, nach deren Erhalt sie Leistungen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels nicht mehr abrechnen dürfen.

Zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für die oben genannten Vertragsärzte abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100 bis 01102 Unvorhergesehene Inanspruchnahme,

- Nrn. 01205, 01207 Notfallpauschale für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit,
- Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01211 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01214 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
- Nrn. 01223 bis 01226 Zuschlag zur Notfallpauschale in besonderen Fällen
- Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
- Nrn. 01410 bis 01416 Besuche, Visite, Begleitung eines Kranken beim Transport,
- Nr. 01418 Besuch im organisierten Not(fall)dienst,
- Nr. 01420 Überprüfung und Koordination häuslicher Krankenpflege,
- Nr. 01422 Erstverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nr. 01424 Folgeverordnung zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Nrn. 01425, 01426 Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung,
- Nr. 01430 Verwaltungskomplex,
- Nr. 01435 Telefonische Beratung,
- Nr. 01436 Konsultationspauschale,
- Nr. 01440 Verweilen außerhalb der Praxis
- Nr. 01510 bis 01512 Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung,
- Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
- Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie,
- Nrn. 01620 bis 01622 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan,
- Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch,
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion,
- Nr. 02101 Infusionstherapie,
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe,
- Nr. 02200 Tuberkulintestung,
- Nrn. 02300 bis 02302 Kleinchirurgischer Eingriff,
- Nrn. 02310, 02312, 02313 Behandlung sek. heilender Wunden, Dekubitalulcus, venöse Ulcera curis,
- Nrn. 02320 bis 02323 Magenverweilsonde, Harnblasenkatheter, transurethraler Dauerkatheter,
- Nr. 02330 Arterienpunktion,
- Nr. 02331 Intraarterielle Injektion,
- Nr. 02340, 02341 Punktion,
- Nr. 02343 Pleuradrainage,
- Nr. 02350 Fixierender Verband,
- Nr. 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Nr. 02400 13C-Harnstoff-Atemtest
- Nr. 02500 Einzelinhalationen,
- Nrn. 02510 bis 02512 Wärme- u. Elektrotherapie, Elektrostimulation
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 30400 bis 30402 Massage-, Kompressions- oder Unterwassertherapie,
 - Nrn. 30410, 30411 Atemgymnastik,
 - Nrn. 30420, 30421 Krankengymnastik,
 - Nr. 30430 Selektive Phototherapie,
 - Nrn. 30610, 30611 Hämorrhoidenbehandlung
 - Nr. 30800 Soziotherapie – Hinzuziehen eines Leistungserbringers,
 - Nr. 36884 Blutgase, Säure-Basen-Status
- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.1 Allergologie
 - 30.2 Chirotherapie

- 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
- 30.5 Phlebologie
- 30.7 Schmerztherapie
- 30.12 Diagnostik und Therapie bei MRSA
- 31.2 Ambulante Operationen
- 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
- 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
- 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit ambulanten Operationen
- 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen
- 36.2 Belegärztliche Operationen
- 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
- 36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

Generell gilt, dass die übrigen Bestimmungen des EBM sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen zu beachten sind. Insbesondere sollte geprüft werden, ob zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen eine Genehmigung erforderlich ist und welche Voraussetzungen hierfür nachgewiesen werden müssen.

Werden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 (Bericht, Brief) erbracht, können auch dann, wenn die Leistung nicht gesondert berechnungsfähig sein sollte, da sie in der Grundpauschale enthalten ist, für Versendung und Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 oder 40126 abgerechnet werden.

27.2 Physikalisch rehabilitative Grundpauschale

Grundpauschale

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

27210

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

210
22,73

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436
im Behandlungsfall 01600, 01601

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 23 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher
Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Die Grundpauschale ist beim ersten kurativ-ambulantem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit des Arztes und des Patienten und eine direkte Interaktion (z.B. Gespräch) voraus. Bei einem ausschließlich telefonischen Kontakt, ist die Grundpauschale nicht abrechenbar.

Die Pauschale ist nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztgruppenübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechenbar.

In dieser Pauschale sind die Leistungen des EBM, die im **Anhang 1 (Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen ...)** enthalten sind, integriert und damit auch als Kassenleistungen honoriert und können nicht mehr gesondert abgerechnet werden, es sei denn, sie finden sich in den arztgruppenspezifischen Kapitel ausdrücklich als abrechnungsfähige Leistung angegeben.

Es ist einem Vertragsarzt nicht gestattet, die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen einem GKV-Versicherten als Individuelle Gesundheitsleistung (IgeL) anzubieten und privat nach GOÄ als IgeL-Leistung abzurechnen.

Wird in demselben Quartal eine kurativ-ambulante und eine kurativ-stationäre (belegärztliche Behandlung) durchgeführt, ist die Grundpauschale je einmal berechnungsfähig. Es ist aber von der Punktzahl der zweiten zur Abrechnung kommenden Grundpauschale ein Abschlag von 50 % vorzunehmen.

27211

für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

233**25,22****Abrechnungsbestimmung** Siehe Nr. 27210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 26 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher
Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

27212

für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

246**26,62****Abrechnungsbestimmung** Siehe Nr. 27210.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 27 **Prüfzeit:** 22 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher
Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

27220

Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212

65**7,03****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 27220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

27222

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 27220

17**1,84****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 27222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
entsprechend oder ähnlich: Eine vergleichbare Leistung ist in der GOÄ nicht aufgeführt.

27227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	2
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	0,22
	Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 27227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.	
	Abrechnungsausschluss Leistung(en) im Krankheitsfall 01630	
	Berichtspflicht Nein	

27.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

27310*	Funktioneller Ganzkörperstatus	113
	Obligatorer Leistungsinhalt	12,23
	• Erhebung eines auf Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten bezogenen Ganzkörperstatus,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Klinisch-neurologische Basisdiagnostik (Nr. 27311),	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 13250, 27332, 27333	
	in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 01732, 27311	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 12 Prüfzeit: 11 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 8	
Kommentar:	Mit diesem Ganzkörperstatus wird nach Einschränkungen der Körperfunktionalität untersucht. Die Leistung der Nr. 27311 ist fakultativer Bestandteil der Leistung nach Nr. 27310 und kann nicht zusätzlich berechnet werden.	
27311*	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	65
	Obligatorer Leistungsinhalt	7,03
	• Erhebung des Reflexstatus,	
	• Prüfung der Motorik,	
	• Prüfung der Sensibilität,	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Prüfung der Funktion der Hirnnerven,	
	• Prüfung der Funktion des extrapyramidalen Systems,	
	• Prüfung des Vegetativums,	
	• Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße,	
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss	
	im Behandlungsfall 13250, 22230, 27332, 27333	
	in derselben Sitzung 01711, 01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01723, 27310	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 7 Prüfzeit: 7 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 800	
Kommentar:	Die Leistung der Nr. 27311 kann nicht zusätzlich zur Nr. 27310 (Funktioneller Ganzkörperstatus) berechnet werden, da sie fakultativer Bestandteil der Leistung nach Nr. 27310 ist.	
	Wezel/Liebold kommentiert, dass im Hinblick auf Leistungsumfang und Zeitaufwand die Leistung nach Nr. 27311 in den überwiegenden Fällen eigentlich nur 1x im Krankheitsfall erforderlich ist.	
27320*	Elektrokardiographische Untersuchung	80
	Obligatorer Leistungsinhalt	8,66
	• Mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand)	

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 27321, 30901

am Behandlungstag 31622, 31623, 31624, 31625, 31626, 31627, 31628, 31629

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 651*

Kommentar:

Ist es medizinisch erforderlich, mehrere EKGs innerhalb eines Quartals durchzuführen, so kann die Leistung nach Nr. 27320 entsprechend abgerechnet werden.

Dies gilt auch für entsprechende Kontrolluntersuchungen am selben Tag. Um Probleme bei der Abrechnung zu vermeiden, sollte hier immer die Zeitangabe und ggf. eine Begründung für das erneute EKG angegeben werden.

27321***Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)****200****Obligatorer Leistungsinhalt****21,65**

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung,

Abrechnungsbestimmung höchstens 3 x im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 13251, 27320

im Behandlungsfall 03321, 04321, 13250, 13545, 13550, 17330, 17332

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 11 **Prüfzeit:** 10**Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 652

Kommentar:

Eine kontinuierliche Überwachung des EKG-Kurvenverlaufes ist am Monitor erforderlich. Ein kontinuierliches Schreiben eines Papierstreifens allerdings nicht. Diese Leistung darf nur in Anwesenheit des Arztes in der Praxis durchgeführt werden.

27322***Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer****67****7,25****Anmerkung** Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 27322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550

in derselben Sitzung 03322, 04322, 13252

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 659*

Kommentar:

Eine ebenfalls durchgeführte Langzeit-Blutdruckmessung, bei der allerdings der Zeitraum zwei Stunden länger sein muss, ist zusätzlich nach Nr. 27324 abrechenbar.

27323***Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer****92****9,96****Anmerkung** Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 27323 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550

in derselben Sitzung 03241, 04241, 13253

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Nr. 659*

Kommentar:

Wer die Genehmigung zur Auswertung von Langzeit-EKGs hat, kann die beiden Nrn. für das EKG-Aufzeichnen nach Nr. 27322 und die Auswertung nach Nr. 27323 abrechnen.

Auch längere Zeiträume als 18 Stunden berechtigen nicht zu einem mehrfachen Ansatz der Nrn. 27322 und 27323.

Versandkosten können im Rahmen einer Überweisung vom überweisenden Arzt und vom auswertenden Arzt nach Nr. 40120 ff. abgerechnet werden.

27324* Langzeit-Blutdruckmessung 78 8,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Automatische Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13250, 13545, 13550
in derselben Sitzung 03324, 04324, 13254

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 654*

Ein ebenfalls durchgeführtes Langzeit-EKG, bei dem allerdings der Zeitraum nur 18 Stunden betragen muß, ist zusätzlich nach Nr. 27322 – und ggf. bei Auswertung auch noch mit Nr. 27323 – abrechenbar.

27330* Spirographische Untersuchung 60 6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messung,
- Graphische Registrierung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 03330, 04330, 13255
im Behandlungsfall 13250

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 605*, 605a*

Um diese Nr. abzurechnen, müssen alle obligaten Leistungsinhalte erbracht werden. In der Leistungslegende findet sich keine Begrenzung der Häufigkeit zur Anwendung dieser Untersuchung, so dass ein mehrmaliger Ansatz im Quartal, wenn medizinisch erforderlich, abrechnungsfähig ist.

27331* Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung 184 19,91

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden und/oder
- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 27331 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 27331 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts IV-31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04437, 16322

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 839, 840

27332* Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie bei Schädigungen der Strukturen und Funktionen des Bewegungssystems, des zentralen und peripheren Nervensystems und der inneren Organe sowie der hiermit zusammenhängenden Beeinträchtigungen von Aktivität und/oder Teilhabe **426
46,10**

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie von Schädigungen der Strukturen und Funktionen einschließlich der hiermit zusammenhängenden Beeinträchtigungen von Aktivität und/oder Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren,
- Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Funktionseinschränkungen und ggf. nachgewiesener Strukturstörungen sowie deren Auswirkungen auf berufliche und persönliche Aktivitäten/Fähigkeiten sowie auf die Teilhabe am persönlichen und sozialen Leben,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Therapiezielorientierte Erläuterung und Beratung zu den individuell unterschiedlich benötigten Behandlungselementen, insbesondere den ärztlichen Behandlungstechniken, der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie sowie ggf. erforderlicher anderer Interventionen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (Nr. 27310),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einsatz standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (z.B. SF 36, FFbH, HAQ, Barthel-Index, Geriatric Depression Scale, Mini-Mental Status Examination (MMSE), Sozial Dysfunktion Rating Scale, NASS, Womac),
- Anleitung, Koordination und Schulung im Umgang mit den familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und Folgen des entsprechenden Störungsbildes,
- Differenzialdiagnostische Erprobung des Einsatzes von Therapiemitteln der Heilmitteltherapie,
- Koordination des Behandlungsplanes mit den intra- und/oder extramural beteiligten Berufsgruppen,
- Anlage/Wechsel/Abnahme eines immobilisierenden Verbandes, funktionellen Tape-Verbandes, eines Schienverbandes oder einer Orthese,
- Anleitung zur Durchführung eines Eigenübungs- oder Trainingsprogrammes,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Anleitung und Beratung zur Anpassung des Wohnraumes und/oder des Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt, ggf. beteiligten anderen Fachärzten, Betriebs- oder Werksarzt und/oder ggf. der Behinderten-Einrichtung/Werkstatt,
- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik (Nr. 27311),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 27310, 27311
in derselben Sitzung 02350

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 45 **Prüfzeit:** 45 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Hier handelt es sich um einen Leistungskomplex, der zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen umfasst. Erbrachte Einzelleistungen aus diesem Katalog können nicht getrennt oder zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistung nach Nr. 27332 sind. Muss die Leistung nach Nr. 27332 mehrmals erbracht werden, kann der Zuschlag nach Nr. 27333 bis zu 3x im Behandlungsfall = Quartalsfall zusätzlich berechnet werden.

27333* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 27332 für jede weitere Untersuchung und Behandlung, **69
7,47**

Abrechnungsbestimmung höchstens dreimal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 27310, 27311

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar: Muss die Leistung nach Nr. 27332 mehrmals erbracht werden, kann bis zu 3x im Behandlungsfall = Quartalsfall der Zuschlag nach Nr. 27333 zusätzlich berechnet werden.

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

30.1 Allergologie

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können – mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 30130 und 30131 – nur von

- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten – soweit dies berufsrechtlich zulässig ist – berechnet werden.

Kommentar:

Die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.1 nach den Nrn. 30110 bis 30123 können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.3 und 1.5) nur von den oben angegebenen Ärzten abgerechnet werden.

Für die Leistung nach Nr. 30130 und 30131 (Hyposensibilisierungsbehandlung) gilt die Begrenzung auf die oben genannten Arztgruppen nicht, dafür ist aber zu beachten, ob diese Behandlung berufsrechtlich dem Fachgebiet des ausführenden Arztes zugehört. Nur dann darf diese Leistung auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden.

30.1.1 Allergie-Testungen

30110	Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV), einschl. Kosten	633 68,51
	Obligatorer Leistungsinhalt • Spezifische allergologische Anamnese, • Epikutan-Testung, • Überprüfung der lokalen Hautreaktion, Fakultativer Leistungsinhalt • Hautfunktionstests (z.B. Alkaliresistenzprüfung, Nitrazingelbstest), • ROAT-Testung (wiederholter offener Expositionstest), • Okklusion, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258, 30111	
Bericht:	Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 40 Prüfzeit: 31 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 380, 381, 382	
Kommentar:	Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30110 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.	

30111

Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I), einschl. Kosten

458
49,57

Obligatorer Leistungsinhalt

- Spezifische allergologische Anamnese,
- Prick-Testung,
- und/oder
- Scratch-Testung
- und/oder
- Reibtestung
- und/oder
- Skarifikationstestung
- und/oder
- Intrakutan-Testung
- und/oder
- Konjunktivaler Provokationstest
- und/oder
- Nasaler Provokationstest,
- Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258, 30110

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 26 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Auswahl aus Nrn. 385 – 391.

Kommentar: Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30111 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.

30.1.2 Provokations-Testungen

30120*

Rhinomanometrischer Provokationstest

65
7,03

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nasaler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,

Abrechnungsbestimmung je Test, höchstens zweimal am Behandlungstag

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 393, 394, 395

Kommentar: Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30120 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.

Die Kosten der Testsubstanzen können berechnet werden oder auf den Namen des Patienten rezeptiert werden.

30121*	Subkutaner Provokationstest Obligater Leistungsinhalt • Subkutaner Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen, • Testung mit Einzel- und/oder Gruppenallergenen, • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung, • Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung, Fakultativer Leistungsinhalt • Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte, Abrechnungsbestimmung je Test, höchstens fünfmal im Behandlungsfall Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258	164 17,75
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 2 Prüfzeit: 2 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.	
Kommentar:	Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30121 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.	
30122*	Bronchialer Provokationstest Obligater Leistungsinhalt • Bronchialer Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen, • Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt, • Mindestens zweimalige ganzkörperplethysmographische Untersuchungen, • Nachbeobachtung von mindestens 3 Stunden Dauer, • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung, • Flussvolumenkurve jeweils vor und nach Provokationsstufen, • Angabe des verwendeten Protokolls und Dokumentation des Testergebnisses, Fakultativer Leistungsinhalt • Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte, Abrechnungsbestimmung je Test Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258 im derselben Sitzung 13651	661 71,54
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 20 Prüfzeit: 16 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 397, 398	
Kommentar:	Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30122 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.	
30123*	Oraler Provokationstest Obligater Leistungsinhalt • Oraler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel, • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung, • Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung, Abrechnungsbestimmung je Test Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 13250, 13258	164 17,75
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 2 Prüfzeit: 2 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 399	

Kommentar: Die Zusatzpauschale fachinternistischer Behandlung und die allergologische Basisdiagnostik der fachärztlich tätigen Internisten kann neben der Leistung nach Nr. 30123 im gesamten Quartal nicht zusätzlich berechnet werden.

30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung

30130 Hyposensibilisierungsbehandlung **94**
Obligatorer Leistungsinhalt **10,17**

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Anmerkung Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30130 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 263

30131 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektio(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Clusteroder Rush-Therapie) **71**
7,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

Abrechnungsbestimmung je Hyposensibilisierungsbehandlung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30131 ist mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 neben der Gebührenordnungsposition 30130 und die mehrmalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 setzen jeweils eine Desensibilisierungsbehandlung durch Allergeninjektion(en) mit jeweils mindestens 30minütigem Nachbeobachtungsintervall sowie die Angabe des jeweiligen Behandlungszeitpunktes auch bei der Gebührenordnungsposition 30130 voraus.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 ist die Erfüllung der notwendigen, sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30.2 Chirotherapie und Hyperbare Sauerstofftherapie

30.2.1 Chirotherapie

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine besondere ärztliche Qualifikation – bei Erstantrag die Zusatzbezeichnung Chirotherapie – und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.2 können grundsätzlich nur von Ärzten abgerechnet werden, die

- die über eine besondere ärztliche Qualifikation verfügen und
- im Besitz einer Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung zur Erbringung und Abrechnung chirotherapeutischer Leistungen sind.

Wird erstmals die Abrechnung chirotherapeutischer Leistungen beantragt, ist die „besondere ärztliche Qualifikation“ durch die Zusatzbezeichnung Chirotherapie nachzuweisen.

Im übrigen ist die Erbringung und Abrechnung eines chirotherapeutischen Eingriffs an der Wirbelsäule in der Regel auf eine zweimalige Erbringung beschränkt. Darüber hinausgehende Anwendungen dieser Leistung sind nur im Ausnahmefall unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

30200 Chirotherapeutischer Eingriff

53
5,74

Obligatorer Leistungsinhalt

- Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30201

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Analog Ansatz der Nr. 3306 entsprechend GOÄ § 6 (2).

30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule

71
7,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall zweimal berechnungsfähig. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30200

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Analog Ansatz der Nr. 3306 entsprechend GOÄ § 6 (2*).

Kommentar: Eine mobilisierende Behandlung an Wirbelsäule oder Gelenken der Extremitäten durch Weichteiltechnik kann nicht gesondert berechnet werden, da sie Bestandteil der hausärztlichen Versichertenpauschale und der fachärztlichen Grundpauschale ist

30.2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

1. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen bei Einleitung der Behandlung ein diabetisches Fußsyndrom mindestens mit einer Läsion bis zur Gelenkkapsel und/oder den/einer Sehne(n) vorliegt und bei denen alle anderen Maßnahmen der Standardtherapie (mindestens Stoffwechseleoptimierung, Revaskularisation, medikamentöse Behandlung, leitliniengerechte Wundversorgung, Wunddebridement, Verbände, Druckentlastung, chirurgische Maßnahmen) nachweisbar erfolglos geblieben sind.

2. Die Gebührenordnungsposition 30210 kann nur im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsprüfung nach Nr. 1 für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) unter Teilnahme der folgenden Arztgruppen

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder

30 Spezielle Versorgungsbereiche

- Fachärzte im Gebiet Innere Medizin oder Fachärzte für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ und
 - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie oder Fachärzte für Gefäßchirurgie und
 - sofern verfügbar Fachärzte für Radiologie mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungsposition 30212 kann nur zur Indikationsprüfung nach Nr. 1 für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) von
- Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
 - Fachärzten im Gebiet Innere Medizin oder Fachärzten für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ berechnet werden

4. Eine Einrichtung gilt für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach der Gebührenordnungsposition 30214 als qualifiziert, wenn sie folgende Mindeststandards erfüllt: - mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß Nr. 3 oder ein Arzt, der – im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung – je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie müssen die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse,
- Räumlichkeiten gemäß § 6 Absatz 2 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren,
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik,
- Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen,
- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (z. B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen).

Die Erfüllung der Mindeststandards ist der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Mindeststandards gelten nicht für die Betreuung im Rahmen der Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung durch den überweisenden Facharzt nach Nr. 6.

5. Die Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 können nur von einem Arzt berechnet werden, der von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung zur Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie besitzt. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung Hyperbare Sauerstofftherapie gilt: „wenn die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.2.2“) erfüllt sind.

6. Ein Behandlungszyklus der hyperbaren Sauerstofftherapie ist definiert als die aufeinanderfolgende Druckkammerbehandlung an wöchentlich mindestens drei Tagen. Liegen mehrere behandlungsrelevante Wunden gleichzeitig vor, so gehören diese zum gleichen Behandlungszyklus. Insgesamt sind in einem Behandlungszyklus höchstens 40 Behandlungen berechnungsfähig. Eine einmalige Unterbrechung von maximal einer Woche ist je Behandlungszyklus möglich. Im Krankheitsfall sind mit schriftlicher Begründung bis zu zwei Behandlungszyklen berechnungsfähig. Ein zweiter Behandlungszyklus im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Jeweils nach 10 Druckkammerbehandlungen muss der überweisende Facharzt oder seine Vertretung gemäß § 17 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung basierend auf der Fotodokumentation und einer Beurteilung der Wundheilungstendenz schriftlich bestätigen. Hierfür gelten die Anforderungen nach Nr. 4 nicht.

Kommentar:

Die KBV informiert unter http://www.kbv.de/html/1150_37285.php und: unter: http://www.kbv.de/html/1150_31277.php. Es wurden hier die neuen Preise zum 1.1.2019 eingefügt.

... „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom im EBM

Die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom wird nun zum 1. Oktober als neuer Abschnitt 30.2.2 in den EBM aufgenommen. Die ärztlichen Aufwände werden durch fünf neue Gebührenordnungspositionen (GOP) abgebildet.

Dabei handelt es sich um die GOP 30210 (64 Punkte / 6,93 Euro) für die Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsprüfung, die GOP 30212 (343 Punkte / 37,12 Euro) für die Indikationsprüfung selbst und die GOP 30214 (140 Punkte / 15,15 Euro) für die Betreuung des Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen.

Für die Feststellung der Druckkammertauglichkeit wird die GOP 30216 (323 Punkte/34,96 Euro) eingeführt und für die hyperbare Sauerstofftherapie selbst die GOP 30218 (1173 Punkte/126,95 Euro)...

... Extrabudgetär vergütet

Die Leistungen werden zunächst – mit Ausnahme der GOP 30214 – für zwei Jahre extrabudgetär vergütet. Dann wird der Bewertungsausschuss anhand der Entwicklung der neuen GOP – insbesondere der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfs sowie der Anzahl und der regionalen Verteilung der abrechnenden Ärzte – überprüfen, ob eine weitere extrabudgetäre Vergütung gerechtfertigt ist.

Übersicht: GOP für die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

GOP	Inhalt	Bewertung
30210	Teilnahme an einer Fallkonferenz zur Indikationsprüfung vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	64 Punkte/6,93 Euro
30212	Indikationsprüfung vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	343 Punkte/37,12 Euro
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	140 Punkte/15,15 Euro
30216	Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Sitzung	323 Punkte/34,96 Euro
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie	1173 Punkte/126,95 Euro

30210

Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

64
6,93**Obligater Leistungsinhalt**

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz,
- Abwägung und Feststellung oder Ausschluss des Bestehens von Therapiealternativen (insbesondere Evaluation der Möglichkeit einer gefäßchirurgischen oder interventionell-radiologischen Gefäßintervention/-rekonstruktion, leitliniengerechte Wundversorgung von mindestens 4–5 Wochen, alternative adjuvante Verfahren),

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Teilnahme an der Fallkonferenz kann auch durch telefonische Zuschaltung erfolgen, sofern allen Teilnehmern die erforderlichen Dokumentationen vorliegen.

Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30210 im Krankheitsfall ist mit schriftlicher Begründung bei Vorliegen (einer) zum Zeitpunkt der Erstberechnung nicht behandlungsrelevanter/n Wunde(n) zulässig. Die zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30210 im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.

Berichtspflicht Nein

30212

Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

343
37,12

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung des Befundes,
- Berücksichtigung des Ergebnisses der interdisziplinären Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 30210,
- Dokumentation des Fußstatus einschließlich Sensibilitätsprüfung, Beurteilung von Fußdeformitäten/Hyperkeratose(n),
- Beurteilung des Lokalbefundes einschließlich Tiefe des Ulkus und Beurteilung einer Wundinfektion,
- Überprüfung der bisher durchgeführten Wundversorgung in einer zur Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung gemäß Nr. 4 dieses Abschnitts,
- Beurteilung der Wundheilungstendenzen der bisherigen leitliniengerechten Wundversorgung,
- Beurteilung der Wirksamkeit bereits durchgeführter antibiotischer Therapien,
- Beurteilung der bereits durchgeführten angioplastischen Maßnahmen,
- Beurteilung der vorliegenden Befunde der bereits durchgeführten chirurgischen Maßnahmen,
- Dokumentation (u. a. des Wundabstrichs, eines ggf. vorhandenen Infektionsverlaufs inklusive Laborparametern und des Behandlungskonzeptes) und Fotodokumentation,
- Feststellung der Transportfähigkeit,
- Befundbericht,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Überweisung an ein Druckkammerzentrum zur Feststellung der Druckkammertauglichkeit und ggf. zur Druckkammerbehandlung, Übermittlung der Dokumentation,
- Überweisung zur Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) nach der Gebührenordnungsposition 30214, Übermittlung der Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30212 im Krankheitsfall ist mit schriftlicher Begründung bei Vorliegen (einer) zum Zeitpunkt der Erstberechnung nicht behandlungsrelevanter/n Wunde(n) zulässig. Die zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30212 im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.

Berichtspflicht Nein

30214

Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

140
15,15

Obligater Leistungsinhalt

- Leitliniengerechte Wundversorgung, Wundkontrolle und Verbandswechsel während eines Behandlungszyklus der hyperbaren Sauerstofftherapie,
- Überprüfung und Dokumentation der Wundgröße und -heilungstendenz,
- Fußinspektion einschließlich Kontrolle des Schuhwerks,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fotodokumentation nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,
- Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,

- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität,
- Einleitung einer wirksamen antibiotischen Therapie bei Infektion der Läsion,

Abrechnungsbestimmung je Bein, je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30214 kann nur dann berechnet werden, wenn der Arzt die arztbezogenen Anforderungen gemäß Nr. 4 dieses Abschnitts erfüllt. Dies gilt nicht für die Betreuung im Rahmen der Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung gemäß Nr. 6 dieses Abschnitts durch den überweisenden Facharzt oder seine Vertretung gemäß § 17 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02311, 02313, 02350, 02360, 10340, 10341, 10342, 30500, 30501

im Behandlungsfall 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311, 18340

Berichtspflicht Nein

30216

Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten

323
34,96

Obligater Leistungsinhalt

- Anamnese und Feststellung der Transportfähigkeit,
- Aufklärung und Beratung zur Druckkammertherapie,
- Ganzkörperstatus,
- Otoskopie

und/oder

- Tympanometrie

und/oder

- binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Ruhe-EKG,
- Ruhe-Spirographie,
- Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation und Dokumentation,
- Anleitung zum Druckausgleich (ValsalvaManöver),
- Verbandswechsel,
- Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an den zuweisenden Arzt bei Nichteignung des Patienten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30216 ist einmal vor Beginn eines Behandlungszyklus gemäß Nr. 6 dieses Abschnitts berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 30218

Berichtspflicht Nein

30218

Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten

1173
126,95

Obligater Leistungsinhalt

- Hyperbare Sauerstofftherapie unter Anwendung des Problemwunden Therapieschemas 240-90,

- Dokumentation,
- Expiratorische Sauerstoffmessung und Maskenüberwachung,
- Koordination und Sicherstellung der Betreuung des Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen nach der Gebührenordnungsposition 30214 durch eine qualifizierte Einrichtung nach Nr. 4 dieses Abschnitts,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundkontrolle und Verbandswechsel,
- Fotodokumentation nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,
- Otoskopie,
- EKG-Überwachung,
- Ruhe-Spirographie,
- Vor- und Nachuntersuchung,
- Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation,
- Aufklärung über vorbeugende Brandschutzmaßnahmen und Sicherheitshinweise vor Beginn der Druckkammerbehandlung,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30218 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) durch einen Vertragsarzt gemäß Nr. 3 dieses Abschnitts erfolgt und eine Vorabklärung nach der Gebührenordnungsposition 30216 stattgefunden hat.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 30216

Berichtspflicht Nein

30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Orthopädie,
- Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können,

berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-30.4 berechnungsfähig.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.3 können grundsätzlich nur von den oben angegebenen Ärzten abgerechnet werden.

Gebührenordnungspositionen der Physikalischen Therapie (Kapitel 30.4) dürfen neben Gebührenordnungspositionen der Neurophysiologischen Übungsbehandlungen nicht abgerechnet werden.

30300* Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)

Obligatorer Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Einzelbehandlung,

87
9,42

- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
 - sensomotorisch
- und/oder
 - neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 14220, 14221, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 30301 und Kapitel 30.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 725***Kommentar:** Ein computergestütztes Hirnleistungstraining – im Internet finden sich zahlreiche Software-Angebote – ist nicht abrechenbar.**30301* Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)****30**
3,25**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Physikalische Maßnahmen,
- Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
 - sensomotorisch
- und/oder
 - neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 14220, 14221, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 30300 und Kapitel 30.4

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 725*, in der GOÄ nur Einzelbehandlung**Kommentar:** Ist die Gruppe grösser als 6 Personen, so ist die Leistung bei keinem der Teilnehmer abrechenbar.**30.4 Physikalische Therapie**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30401, 30430 und 30431),
- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410, 30411 und 30430),
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, sowie Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie (ausschließlich die Gebührenordnungsposition 30401),
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410 und 30411),
- Ärzten mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie,
- Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben,

berechnet werden.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 setzt abweichend von 1. voraus, dass der entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzt.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30430 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin hat.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30431 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten hat.
5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnittes IV-30.3 berechnungsfähig.
6. Von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 nicht berechnungsfähig.
7. Von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind die Gebührenordnungspositionen 30400 bis 30402 und 30420, 30421, 30431 nicht berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.4 können – vorbehaltlich der nachfolgenden zusätzlichen Bestimmungen – grundsätzlich von den nachfolgend angegebenen Ärzten wie folgt abgerechnet werden:

- Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Ärzte mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie, Ärzte, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt haben: alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.4;
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten: nur die Nrn. 30401, 30430, 30431;
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: nur die Nrn. 30410, 30411, 30430;
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie sowie Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie: nur die Nr. 30401;
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte: nur die Nrn. 30410, 30411.

Werden Leistungen nach den Nrn. 30420 und 30421 von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht, ist die Abrechnung nur dann möglich, wenn diese mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzen.

Die Abrechnung der Leistung nach Nr. 30430 ist nur möglich von Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Die Abrechnung der Leistung nach Nr. 30431 ist nur möglich von Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Gebührenordnungspositionen der Neurophysiologischen Übungsbehandlungen (Kapitel 30.3) dürfen neben Gebührenordnungspositionen der Physikalischen Therapie nicht abgerechnet werden.

30400* Massageotherapie**74
8,01****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Massageotherapie lokaler Gewebeveränderungen eines oder mehrerer Körperteile und/oder
- Manuelle Bindegewebsmassage und/oder
- Periostmassage und/oder
- Kolonmassage und/oder
- Manuelle Lymphdrainage,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 520*, 521*, 523*

Kommentar: Nach **Wezel/Liebold** kann mit Nr. 32400 auch die klassische Reflexzonenmassage abgerechnet werden.

Nach Wezel/Liebold sind ... „als Körperteile anzusehen“:

- Schultergürtel mit Hals
- übrige dorsale Rumpfseite
- rechte oder linke Schulter mit Oberarm
- rechter oder linker Ellenbogen mit Oberarm und Unterarm
- rechte und linke Hand mit Unterarm
- rechte oder linke Hüfte mit Oberschenkel
- rechtes oder linkes Knie mit Oberschenkel und Unterschenkel
- rechter oder linker Fuß mit Unterschenkel

Pro Arzt-Patienten-Begegnung kann die Nr. 30400 nur 1x berechnet werden, auch wenn mehrere Körperteile/-regionen behandelt werden oder unterschiedliche Massageverfahren angewendet werden.

Massagen mittels Geräten können nicht abgerechnet werden.

30401* Intermittierende apparative Kompressionstherapie

34
3,68

Abrechnungsbestimmung je Bein, je Sitzung

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig:

- I70.20 und I70.21 Arteriosklerose der Extremitätenarterien i. V. m.
- R60.0 Umschriebenes Ödem,
- I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration,
- I87.0 Postthrombotisches Syndrom,
- I87.2 Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher),
- I89.0 Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert,
- L97 Ulcus cruris venosum,
- M43.0 Progressive systemische Sklerose,
- Q27.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems,
- Q82.0 Hereditäres Lymphödem,
- T93 Folgen von Verletzungen der unteren Extremität i. V. m.
- R60.0 Umschriebenes Ödem.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 525*, 526*

Kommentar: **Die Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen** informiert in ihrem Rundschreiben 2/2009:

GOP 30401 – nur bei bestimmten Indikationen berechnungsfähig:

Aus gegebenen Anlass möchten wir auf die bestehenden Beschlüsse der Partner der Bundesmantelverträge hinweisen, in denen die Leistungserbringung der GOP 30401 (Intermittierende apparative Kompressionstherapie) an bestimmte Indikationen gebunden ist (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 39 vom 28. September 2007).

Die **GOP 30401** ist nur bei folgenden Indikationen **berechnungsfähig:**

- Varikose, primär und sekundär I83,
- Varizen der unteren Extremität, Zustand nach Thrombose I80, mit der Diagnosesicherheit „Z“,
- Postthrombotisches Syndrom I87.0,
- AVK mit Ödem I73.9,
- Posttraumatische Ödeme I97.8,
- Zyklisch idiopathische Ödeme R60,
- Lymphödeme I89.0,
- Hereditäres Lymphödem Q82.0,
- Lipödeme R60,

- Chronisch venöse Insuffizienz peripherer I87.2,
- Ulcus cruris venosum L97

30402* Unterwasserdruckstrahlmassage **97** 10,50

Obligatorer Leistungsinhalt

- Unterwasserdruckstrahlmassage,
- Wanneninhalt mindestens 400 l,
- Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Hydroelektrisches Vollbad („Stangerbad“)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420, 30421

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 527*

30410* Atemgymnastik (Einzelbehandlung) **74** 8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301, 30400, 30401, 30402, 30411, 30420, 30421

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 505*

30411* Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) **34** 3,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301, 30400, 30401, 30402, 30410, 30420, 30421

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 509*, in der GOÄ nur Einzelbehandlung

30420* Krankengymnastik (Einzelbehandlung) **94** 10,17

Obligatorer Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08310, 26313, 30300, 30301, 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30421

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 15**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 506*, 507*

Tipp:

Schwangerschaftsgymnastik als erforderliche Einzelbehandlung ist – ohne Zuzahlung – nach Nr. 30420 berechenbar.

30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) Obligator Leistungsinhalt • Krankengymnastische Behandlung, • Gruppenbehandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern, • Dauer mindestens 20 Minuten, Fakultativer Leistungsinhalt • Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken, • Anwendung von Geräten, • Durchführung im Bewegungsbad, Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer und Sitzung Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 08310, 26313, 30300, 30301, 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420	48 5,19
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 509*	
Kommentar:	Schwangerschaftsgymnastik als Gruppenbehandlung ist, wenn erforderlich – ohne Zuzahlung – nach Nr. 30421 berechenbar.	
Tipp:	Schwangerschaftsgymnastik als Gruppenbehandlung ist – ohne Zuzahlung – nach Nr. 30421 berechenbar.	
30430*	Selektive Phototherapie mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums, Abrechnungsbestimmung je Sitzung Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 10350 in derselben Sitzung 30300, 30301	55 5,95
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 1 Prüfzeit: 1 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 567*	
30431*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie (z.B. PUVA) Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 30300, 30301 am Behandlungstag 10350	35 3,79
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 1 Prüfzeit: 1 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 565*	
Kommentar:	Erforderliche Medikamente für die Photochemotherapie können zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.	

30.5 Phlebologie

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Innere Medizin,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie,

berechnet werden.

Kommentar:

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.5 können grundsätzlich nur von den oben angegebenen Ärzten abgerechnet werden.

30500*	Phlebologischer Basiskomplex Obligator Leistungsinhalt • Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung und/oder	164 17,75

- Lichtreflexionsrheographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen,
- Doppler-sonographische Untersuchung(en) der Venen und/oder Arterien,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Doppler-sonographische Druckmessungen an den Extremitätenarterien,
- Thrombusspaltung einschließlich -expression,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in der selben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02311, 10340, 10341, 10342**im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221, 13300, 13545, 13550, 33061, 36882****Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 13 Prüfzeit: 11 Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 635*, 639*, 641* – 644*, 763**Kommentar:** Untersuchungen mit CW-Doppler der Extremitätengefäße ist im Quartal neben 30500 nicht möglich.**30501* Verödung von Varizen****94
10,17****Obligator Leistungsinhalt**

- Verödung von Varizen,
- Entstauender phlebologischer Funktionsverband,

Abrechnungsbestimmung je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 02311, 02313, 10340, 10341, 10342

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 5 Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 764**30.6 Proktologie**

1. Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nur von

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,
- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie, die einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können, berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Leistung nach der Nr. 30600 kann grundsätzlich nur von den oben angegebenen Ärzten abgerechnet werden. Das gilt dann auch für die Leistung nach Nr. 30601, die lediglich ein Zuschlag zur Leistung nach Nr. 30600 ist.

Für die übrigen Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts gibt es keine aus der Präambel folgende Einschränkung.

30600* Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie**85
9,20****Obligator Leistungsinhalt**

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie und/oder
- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,

- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13260

in derselben Sitzung 03331, 04331, 04516, 08333, 10340, 10341, 10342, 13250, 13257, 26350, 26351, 26352

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ**

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en) z.B. Nrn. 690, 705

30601* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30600 für die Polypentfernung(en)**57
6,17****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 13260

in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 08334, 10340, 10341, 10342, 26350, 26351, 26352

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 6 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 696

30610* Behandlung(en) von Hämorrhoiden im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion,**95
10,28****Abrechnungsbestimmung** höchstens viermal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 10340, 10341, 10342, 26350, 26351, 26352**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ**

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 764

Kommentar: Die Leistungen nach 30610 oder 30611 sind nebeneinander berechnungsfähig, wenn entsprechend unterschiedliche Behandlungen durchgeführt werden.**30611*** Entfernung von Hämorrhoiden am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron,**186
20,13****Abrechnungsbestimmung** höchstens viermal im Behandlungsfall**Anmerkung** Die Kosten für im Rahmen der Leistungserbringung verbrauchte Ligaturringen sind in der Bewertung der Gebührenordnungsposition 30611 enthalten.**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02300, 02301, 02302, 10340, 10341, 10342, 26350, 26351, 26352**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.****GOÄ**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 766

Kommentar: Die Leistungen nach 30610 oder 30611 sind nebeneinander berechnungsfähig, wenn entsprechend unterschiedliche Behandlungen durchgeführt werden.

30.7 Schmerztherapie

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und/oder 30702 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 Schmerzkongressen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.

2. Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert. Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

4. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist eine Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

5. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass die Anforderungen an ein schmerztherapeutisches Zentrum sowie an den Vertragsarzt vollständig erfüllt sind:

- Das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen
 - chronische muskuloskelettale Schmerzen
 - chronische Kopfschmerzen
 - Gesichtsschmerzen
 - Ischämieschmerzen
 - medikamenteninduzierte Schmerzen
 - neuropathische Schmerzen
 - sympathische Reflexdystrophien
 - somatoforme Schmerzstörungen
 - Tumorschmerzen
- In einem schmerztherapeutischen Zentrum sind sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.
- Der Vertragsarzt hat an mindestens zehn interdisziplinären Schmerzkongressen mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkongressen nebst vorgestellten Patienten sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
- Der Vertragsarzt hat mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen. Die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.

6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

7. Die Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 sind nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärzten für Kinderchirurgie,
- Fachärzten für Innere Medizin,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Anästhesiologie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin

mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Abrechnungsmöglichkeiten der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind sehr differenziert geregelt.

Die Abrechnung der schmerztherapeutischen Grund- und Zusatzpauschale setzt zunächst einmal eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie voraus, sowie den Nachweis regelmäßiger Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkongressen.

Ferner ist die schmerztherapeutischen Behandlung zeitlich und fallzahlmäßig begrenzt, wobei diese Begrenzungen im Einzelfall unter bestimmten Bedingungen modifiziert werden können.

Die Abrechnung der Nr. 30704 ist an eine Vielzahl zusätzlicher Voraussetzungen geknüpft, wie z.B. die Genehmigung als schmerztherapeutischer Einrichtung gemäß den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Die Abrechnung der Leistungen der Körperakupunktur sind für die unter Nr. 7 der Präambel genannten Ärzte abrechnungsfähig, wenn sie eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung haben.

Für die übrigen Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts, sofern es sich nicht um Ergänzungen bzw. Zuschläge zu den oben genannten Leistungen handelt, gibt es keine aus der Präambel folgende Einschränkung, d.h. bei Abschnitt 30.7.2 ist eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung **nicht** erforderlich.

30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

Kommentar:

Die **Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)** informiert über fachliche Voraussetzungen und Anforderungen zum Erbringen der Leistungen und über die Verfahren (Ausschnitte)

<http://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>

§ 1 Ziel und Inhalt

(1) Diese Vereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung.

Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

- **Chronisch schmerzkrank Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.**
- **Chronisch schmerzkrank Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (z. B. bei einem inkurablen Grundleiden).**

(2) Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach den Nrn. 30700 und 30701 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

§ 2 Genehmigungspflicht

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen dieser Vereinbarung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden Voraussetzungen gemäß Abschnitt B und C im Einzelnen erfüllt.

§ 3 Genehmigungsvoraussetzung

Die Erfüllung der in § 2 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt D dieser Vereinbarung.

Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens (z. B. Inhalte der Kolloquien, Zusammensetzung der Qualitätssicherungs-Kommissionen) bestimmt sich nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

Abschnitt B

§ 4 Fachliche Befähigung

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 10 nachgewiesen werden:

a) Für alle Fachgebiete:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für ein klinisches Fach
- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden bei 100 Patienten
- Durchführung der Schmerzanalyse einschließlich der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheiten bei 100 Patienten
- Eingehende Beratung und gemeinsame Festlegung der Therapieziele bei 100 Patienten
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen bei 50 Patienten
- Standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes bei 50 Patienten
- Medikamentöse Therapie über Kurzzeit, Langzeit und als Dauertherapie sowie in der terminalen Behandlungsphase bei jeweils 25 Patienten
- Spezifische Pharmakotherapie bei 50 Patienten
- Stimulationstechniken (z. B. TENS) bei 50 Patienten
- Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie bei 200 Patienten
- Spezifische Verfahren der manuellen Diagnostik und physikalischen Therapie bei 50 Patienten
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer

b) Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativen Weiterbildungsinhalten:

- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit bei 20 Patienten
- Spezifische psychosomatische und übende Verfahren bei 25 Patienten

c) Zusätzlich für Fachgebiete mit operativen Weiterbildungsinhalten:

- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation) bei 20 Patienten

d) Zusätzlich für Fachgebiete mit konservativ-interventionellen Weiterbildungsinhalten:

- Plexus- und rückenmarksnahe Analgesien bei 50 Patienten
- Sympathikusblockaden bei 50 Patienten

(2) Die in Absatz 1 geforderte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen muss selbständig und unter der Anleitung eines Arztes, welcher die Voraussetzungen zur Erlangung der Weiterbildungsbefugnis nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern für die Zusatz-Weiterbildung ‚Spezielle Schmerztherapie‘ erfüllt, absolviert werden.

(3) Zusätzlich zu den Anforderungen nach Absatz 1 ist der Kassenärztlichen Vereinigung die Erfüllung der nachfolgend aufgeführten Anforderungsvoraussetzungen nachzuweisen:

- Ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer entsprechend qualifizierten Schmerzpraxis, Schmerzzambulanz oder einem Schmerzkrankenhaus (vgl. Anlage I). Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden nicht anerkannt.
- Regelmäßige Teilnahme – mindestens achtmal – an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz gem. § 5 Abs. 3 innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung.
- Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gem. § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä/ EKV).
- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung.

Abschnitt C – Anforderungen an den schmerztherapeutisch tätigen Arzt**§ 5 Schmerztherapeutische Versorgung**

(1) Der Arzt ist verpflichtet, die chronisch schmerzkranken Patienten umfassend ärztlich zu versorgen. Die schmerztherapeutische Versorgung nach dieser Vereinbarung umfasst insbesondere:

- Erhebung einer standardisierten Anamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums
- Eingehende Beratung des Patienten und gemeinsame Festlegung der Therapieziele sowie Vermittlung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge und von Schmerzbewältigungsstrategien
- Indikationsbezogen den Einsatz der unter § 6 festgelegten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren

(2) Der Arzt muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. Die ständige Rufbereitschaft während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten muss gewährleistet sein. Der Arzt muss den zuständigen Hausarzt des Patienten über den Behandlungsverlauf zeitnah, mindestens aber halbjährlich informieren. Weiterhin steht er zur konsiliarischen Beratung der gem. § 6 Abs. 2 kooperierenden Ärzte zur Verfügung.

(3) Der Arzt muss mindestens achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz teilnehmen. Folgende Anforderungen müssen von einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz erfüllt werden:

- die Konferenzen müssen mindestens achtmal im Jahr stattfinden
- Ort, Daten und Uhrzeit der Schmerzkonzferenzen stehen fest, so dass sich die Ärzte auf die regelmäßige Teilnahme einrichten können

30 Spezielle Versorgungsbereiche

- die Konferenzleiter müssen die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung erfüllen
 - Vertreter mehrerer Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen (können)
 - ausgewählte Patienten sollen in den Sitzungen vorgestellt werden und anwesend sein
 - die Schmerzkonzferenzen sind zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, vor-gestellte Patienten mit Diagnosen und weiterem Vorgehen)
- (4) Der Arzt muss nachweisen, dass er in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkrankte Patienten gemäß § 1 Abs. 1 behandelt.
- (5) Die Erfüllung der Anforderungen gemäß den Absätzen 3 und 4 ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in jährlichen Abständen – erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Schmerztherapiegenehmigung – nachzuweisen.
- (6) Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert.
- (7) Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben dieser Vereinbarung soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Der Arzt benennt der Kassenärztlichen Vereinigung diejenigen Patienten, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die weitere Behandlung dieser Patienten von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission abhängig machen.

§ 6 Schmerztherapeutische Behandlungsverfahren

(1) Der Einsatz der nachfolgenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren ist für den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Arzt verpflichtend. Diese Behandlungsverfahren sind nicht delegationsfähig (obligate schmerztherapeutische Behandlungsverfahren):

- Pharmakotherapie
- Therapeutische Lokalanästhesie
- Psychosomatische Grundversorgung gemäß der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
- Stimulationstechniken (z. B. TENS)
- Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen

(2) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss weiterhin die Einleitung und Koordination der nachstehenden flankierenden therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Durchführung jeweils indikationsbezogen gewährleisten (fakultative schmerztherapeutische Behandlungsverfahren):

- Manuelle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Physikalische Therapie
- Therapeutische Leitungs- Plexus- und rückenmarksnahe Anästhesien
- Sympathikusblockaden
- Rückenmarksnahe Opioidapplikation
- Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren (z. B. Neurolyse, zentrale Stimulation)
- Übende Verfahren (z. B. Autogenes Training)
- Hypnose
- Ernährungsberatung
- minimal-invasive Interventionen
- operative Therapie
- Entzugsbehandlung bei Medikamentenabhängigkeit

Der Arzt muss mindestens drei dieser Behandlungsverfahren vorhalten und in geeigneter Form gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Die nicht vorgehaltenen fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren können in Kooperation mit anderen Vertragsärzten erbracht werden. Diese Vertragsärzte sind der Kassenärztlichen Vereinigung zu benennen.

§ 7 Dokumentation

(1) Jeder Behandlungsfall muss mit folgenden Angaben, einschließlich Schmerzanamnese und Behandlungsverlauf, standardisiert dokumentiert sein.

- Art, Schwere und Ursache der zu Grunde liegenden Erkrankung und der bestehenden Komorbiditäten
- Zeitdauer des Schmerzleidens mit Angabe des Chronifizierungsstadiums
- Psychosomatische bzw. psychopathologische Auswirkungen und Behandlungsverlauf
- Therapeutische Maßnahmen
- Kontrolle des Verlaufes nach standardisierten Verfahren (Schmerzfragebogen)
- Verwendung von standardisierten und evaluierten Schmerztagebüchern

(2) Die Dokumentation ist der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen vorzulegen.

§ 8 Räumliche und apparative Voraussetzungen

(1) Räumliche Voraussetzungen:

- Rollstuhlgeeignete Praxis
- Überwachungs- und Liegeplätze

(2) Apparative Voraussetzungen:

- Reanimationseinheit einschließlich Defibrillator
- EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden

Anlage I

Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung gem. § 4 Abs. 3 Nr.1 Als schmerztherapeutische Einrichtung gem. § 4 Abs. 3 Nr.1 gelten Schmerzkliniken, Schmerzabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Schmerzzambulanzen und Schmerzpraxen niedergelassener Vertragsärzte, welche die Anforderungen nach Abschnitt C der Vereinbarung erfüllen und die ausschließlich bzw. weit überwiegend Schmerzpatienten behandeln.

Die Anerkennung wird auf Antrag von der Kassenärztlichen Vereinigung widerruflich erteilt. Zuständig ist jeweils die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bereich die Einrichtung gelegen ist. Die Anerkennung setzt die zusätzliche Erfüllung folgender Anforderungen voraus:

1. Die Einrichtung muss von einem Arzt geleitet werden, der persönlich an der Schmerztherapievereinbarung teilnimmt bzw. die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme erfüllt.
2. Die Einrichtung muss eine kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie/Chirurgie, Psychiatrie, Rheumatologie, interventionelle Radiologie) und mit Physiotherapeuten nachweisen. Sofern diese in der Einrichtung nicht beschäftigt sind, sind die Kooperationspartner unter Angabe von Qualifikation, Name und Anschrift zu benennen.
3. Das Patientengut muss ausschließlich bzw. weit überwiegend aus chronisch Schmerzkranken entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Schmerztherapie-Vereinbarung bestehen. Es müssen regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal behandelt werden. Es müssen an mindestens 4 Tagen pro Woche jeweils mindestens 4 Stunden ausschließlich solche Schmerzpatienten betreut werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann entsprechende Diagnosen- und Leistungsstatistiken anfordern.

Das Behandlungsspektrum muss die wichtigsten Schmerzkrankheiten umfassen, wie

- chronisch muskuloskelettale Schmerzen
- chronische Kopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Ischämieschmerzen
- medikamenteninduzierte Schmerzen
- Neuropathische Schmerzen
- Sympathische Reflexdystrophien

- Somatoforme Schmerzstörungen
- Tumorschmerzen

4. Es müssen mindestens zwölfmal im Jahr nach außen offene, interdisziplinäre Schmerzkongresse mit Patientenvorstellung durchgeführt werden. Thema und Teilnehmer sind zu dokumentieren, die Patienten werden persönlich vorgestellt, die Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht, Ort, Daten und Uhrzeit dieser Kongresse stehen fest.

5. Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in den in § 6 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Behandlungsverfahren erworben werden können. Hierzu sind die unter § 6 Abs. 1 sowie zusätzlich mindestens 3 der unter § 6 Abs. 3 der Schmerztherapie-Vereinbarung genannten Verfahren selbst vorzuhalten. Die übrigen Verfahren sind im Konsiliardienst sicherzustellen.

Tägliche interne Fallbesprechungen und wöchentliche interne Teamsitzungen sind gewährleistet.

6. Die Einrichtung hat die Anwendung schmerztherapeutischer Standards sicherzustellen. Hierzu gehören:

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Sichtung und Wertung aller verfügbaren Vorbefunde, funktionelle Betrachtung der Röntgenbilder
- eingehende körperliche (mit Einschluss neurologisch-orthopädisch-funktioneller) Untersuchung und eingehende psychosoziale und -psychiatrische Exploration
- Durchführung einer Schmerzanalyse
- Feststellung des Chronifizierungsstadiums (nach Gerbershagen – Mainzer Staging)
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit
- eingehende Beratung des Patienten
- Gemeinsame Festlegung der Therapieziele
- Aufstellung eines zeitlich und inhaltlich gestuften Therapieplanes (einschließlich der zu dessen Umsetzung erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und komplementären Berufe)
- Einsatz schmerztherapeutischer Behandlungsverfahren
- Standardisierte Dokumentation mit Angaben zur psychosomatischen Auswirkung und Kontrolle des Verlaufs. Das in der Einrichtung eingesetzte Dokumentationsinstrumentarium ist vorzulegen.

30700*

Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

320
34,63

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß I-4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang VI-1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 03040, 03220, 03221, 03230, 04040, 04220, 04221, 04230

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 25 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden, erbrachte Untersuchungs- und Beratungsleistungen abrechnen.

Siehe: Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Stand 1. Januar 2015

30701* Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V **9
0,97**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01436

im Behandlungsfall 01600, 01601, 03040, 03220, 03221, 03230, 04040, 04220, 04221, 04230

Berichtspflicht Nein

30702* Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V **497
53,79**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
 - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
 - Durchführung einer Schmerzanalyse,
 - Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
 - Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
 - Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
 - Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
 - Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen

und/oder

- Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
 - Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
 - Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,
 - Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Arztfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
in derselben Sitzung 03030, 04030, 05360, 30930, 30931, 30932, 30933 und Kapitel 35.1, 35.2

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 40 **Prüfzeit:** 32 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden, erbrachte Untersuchungs- und Beratungsleistungen abrechnen.

Kommentar: Siehe unter Nr. 30.7.1 zahlreiche Ausschnitte aus der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)** vgl. Ziffer 3 der Präambel zu 30.7.

<http://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>

30704* Zuschlag für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 4.-6.

297
32,14

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 05360
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 24 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden, erbrachte Untersuchungs- und Beratungsleistungen abrechnen.

Kommentar: Siehe unter Nr. 30.7.1 zahlreiche Ausschnitte aus der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)** vgl. Ziffer 4, 5 und 6 der Präambel zu 30.7.

<http://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>

30706* Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß Anlage I Nr. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

60
6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist. Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221, 37320

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden

Kommentar: Siehe unter Nr. 30.7.1 zahlreiche Ausschnitte aus der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)**.

<http://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>

30708* Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie, Dauer mindestens 10 Minuten, **118**
12,77

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01440, 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 02100, 02101, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 31820, 31821, 31822, 31823, 31824, 31825, 31826, 31827, 31828, 31830, 31831, 36820, 36821, 36822, 36823, 36824, 36825, 36826, 36827, 36828, 36830, 36831

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar: Nr. 30708 ist nur abrechenbar, wenn eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung vorliegt.

30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

30710* Infusion von nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika unter systemischer Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration **111**
12,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 30 Minuten

Anmerkung Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z.B. Kanüle, Katheder) mehr als eine Infusion entsprechend der Gebührenordnungsposition 02100, der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100, 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

in derselben Sitzung 01910, 01911, 02100, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3, 31.5, 36.5

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 272 entsprechend GOÄ § 6 (2*).

Kommentar: Ist im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30710 eine weitere (dokumentierte) Überwachung erforderlich, so kann diese nach Nr. 30760 für weitere mind. 30 Min. berechnet werden.

30712* Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) **67**
7,25

Obligatorer Leistungsinhalt

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 551* entsprechend GOÄ § 6 (2*)

Kommentar: Da es zahlreiche TENS-Geräte zur Selbstanwendung gibt, sollte die Auswahl nach der Erkrankung und auch der Bedienungsfreundlichkeit für den jeweiligen Patienten erfolgen.

30720* Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis **94** 10,17

Obligatorer Leistungsinhalt

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum) oder
- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder des betreffenden Ganglions berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 2599

Kommentar: Spezielle Analgesien, z.B. der Nn. occipitales, sind nach Nr. 02360 abzurechnen.

30721* Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang **212** 22,94

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z.B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nrn. 497 oder 498 + Zuschlag nach Nr. 446.

Kommentar: Ist im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30721 eine (dokumentierte) Überwachung erforderlich, so kann diese nach Nr. 30760 nach Eintritt des vegetativen ggf. sensiblen Effektes für weitere mind. 30 Min. berechnet werden.

30722* Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang **186** 20,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z.B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 498, 497 + Zuschlag Nr. 446

Kommentar: Ist im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30722 eine (dokumentierte) Überwachung erforderlich, so kann diese nach Nr. 30760 nach Eintritt des vegetativen ggf. sensiblen Effektes für weitere mind. 30 Min. berechnet werden.

- 30723*** Ganglionäre Opioid-Applikation **94**
10,17
Abrechnungsbestimmung je Sitzung
Abrechnungsausschluss
 in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 2599 entsprechend GOÄ § 6 (2*).
- 30724*** Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den **186**
20,13
 Foramina intervertebralia
Obligatorer Leistungsinhalt
 • Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z.B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
 • Kontinuierliches EKG-Monitoring,
 • Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
Abrechnungsbestimmung je Sitzung
Abrechnungsausschluss
 in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nrn. 497 oder 498 + Zuschlag Nr. 446.
Kommentar: Ist im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30724 eine (dokumentierte) Überwachung erforderlich, so kann diese nach Nr. 30760 nach Eintritt des vegetativen ggf. sensiblen Effektes für weitere mind. 30 Min. berechnet werden.
- 30730*** Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Bluteleere **635**
68,72
Obligatorer Leistungsinhalt
 • Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z.B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
 • Kontinuierliches EKG-Monitoring,
 • Kontinuierliche Pulsoxymetrie
Abrechnungsausschluss
 in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden.
Kommentar: Ist im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30730 eine (dokumentierte) Überwachung erforderlich, so kann diese nach Nr. 30760 nach Eintritt des vegetativen ggf. sensiblen Effektes für weitere mind. 30 Min. berechnet werden.
- 30731*** Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), **672**
72,73
 Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter
 (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen)
Obligatorer Leistungsinhalt
 • Kontinuierliches EKG-Monitoring,
 • Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
 • Überwachung von bis zu 2 Stunden,
Fakultativer Leistungsinhalt
 • Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 469 bis 477, Zuschläge nach Nrn. 446, 447.

Kommentar: Berechnungsfähig sind nur die Plexusanalgesien, die in der Leistungslegende aufgeführt sind.

30740* Überprüfung (z.B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren Stimulationsgerätes im Rahmen der Langzeitanalgesie

111
12,01

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandwechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen oder implantierten Medikamentenpumpe,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Rahmen der Funktionskontrolle, ggf. mit Umprogrammierung, von Stimulationsgeräten zur Langzeitanalgesie nur berechnungsfähig bei implantierten Stimulationsgeräten.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nrn. 265, 265a, 473, 477

Kommentar: Eine Erstprogrammierung einer Medikamentenpumpe zur Gabe von Zytostatika ist nach EBM Nr. 30740 abrechenbar.

30750* Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie

168
18,18

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Funktionskontrolle(n)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02101, 02120, 05360
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 661*

30751* Langzeitanalgesie mit Auffüllen einer implantierten Medikamentenpumpe zur intrathekalen Dauerapplikation von Baclofen über mindestens 8 Stunden

186
20,13

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. Nrn. 474 + Zuschlag 447.

Kommentar: Findet eine Betreuung in einer Tagesklinik statt, sind zusätzlich die Leistungen der Beobachtung und Betreuung nach den Nrn. 01510 (mehr als 2 Stunden), 01511 (mehr als 4 Stunden) oder 01512 (mehr als 6 Stunden) berechnungsfähig.

30760* Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 30710 oder nach Eintritt des dokumentierten vegetativen, ggf. sensiblen Effektes im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30721, 30722, 30724 und 30730 **168**
18,18

Obligator Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02101, 05360, 05372, 34503, 34504, 34505 und Kapitel 5.3 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen mit erhöhtem Steigerungsfaktor.

30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135

Abs. 2 SGB V

Kommentar:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Akupunktur-Behandlung die folgenden Indikationen festgelegt:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz) oder
- Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen

Zum Erbringen und Abrechnen der Leistung ist eine Genehmigung der KV erforderlich. Weitere wichtige Informationen finden sich in der **Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur)**

Abschnitt B – Genehmigungsvoraussetzungen

§ 3 Fachliche Befähigung

Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur nach § 1 gilt als nachgewiesen, wenn folgende Anforderungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 7 nachgewiesen werden:

1. Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ gemäß den Vorgaben im Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 beziehungsweise Nachweis einer in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertigen Qualifikation in den Bundesländern, in denen dieser Teil der (Muster-) Weiterbildungsordnung nicht umgesetzt ist, und
2. Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung, nachgewiesen durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer (80 Stunden-Curriculum „Kern (Basis) Veranstaltung“) und 3. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

Abschnitt C – Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation

§ 5 Schmerztherapeutische Versorgung durch Akupunktur

(1) Die Durchführung der Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten ist an folgende Maßgaben gebunden:

1. Feststellung einer Symptomatik beziehungsweise Diagnose nach Anlage I Nr. 12 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses
2. Überprüfung, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt
3. Erstellung beziehungsweise Überprüfung eines inhaltlich und zeitlich gestaffelten Therapieplans unter Einbeziehung der Akupunktur im Rahmen eines schmerztherapeutischen Gesamtkonzepts unter Beurteilung der bisher gegebenenfalls durchgeführten Maßnahmen und der bestehenden Therapieoptionen
4. Durchführung einer standardisierten fallbezogenen Eingangserhebung (Eingangsdokumentation) zur Schmerzevaluation mit den Parametern Lokalisation des Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule beziehungsweise am betroffenen Kniegelenk, Schmerzdauer, Schmerzstärke, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz. B.einträchtigung der Stimmung durch den Schmerz
5. Durchführung einer standardisierten Verlaufserhebung (Verlaufsdokumentation) bei Abschluss der Behandlung mit den Dimensionen Lokalisation des Hauptschmerzes an der Lendenwirbelsäule beziehungsweise am betroffenen Kniegelenk, Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, Stärke des Hauptschmerzes, Schmerzhäufigkeit, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz. B. einträchtigung der Stimmung durch den Schmerz
6. Regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“, wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorzustellen sind. Folgende Anforderungen sind dabei zu erfüllen:

- a) mindestens zwei Teilnehmer müssen über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügen
- b) Vertreter verschiedener Fachgebiete sollen an den Sitzungen teilnehmen

(2) Die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln ist zu dokumentieren (Datum, Teilnehmer, Themen, gegebenenfalls vorgestellte Fälle). Die Teilnahmebestätigungen sind der Kassenärztliche Vereinigung in jährlichen Abständen – erstmalig ein Jahr nach Erteilung der Genehmigung – vorzulegen.

(3) Die Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule nach § 1 Nr.1 erfolgt mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14 – 20 Nadeln.

(4) Die Akupunktur bei chronischen Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose nach § 1 Nr. 2 erfolgt mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal 6 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7 – 15 Nadeln je behandeltem Knie.

§ 6 Überprüfung der Dokumentation

(1) Die Überprüfung der Dokumentation einer Akupunkturbehandlung bezieht sich auf die Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung nach § 5 Abs. 1 Nrn. 3 bis 5 sowie auf die Begründung der Ausnahmefälle nach § 5 Abs. 3 oder 4.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens fünf Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 erbringen und abrechnen, Dokumentationen zu zwölf abgerechneten Fällen und zu 18 abgerechneten Ausnahmefällen mit bis zu 15 Sitzungen nach § 5 Abs. 3 oder Abs. 4 an. Die Auswahl der Fälle erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Angabe des Namens des Patienten und des Tages, an dem die Akupunktur durchgeführt wurde. Wurden weniger als 18 Ausnahmefälle abgerechnet, bezieht sich die Überprüfung auf alle abgerechneten Ausnahmefälle.

(3) Die eingereichten Dokumentationen sind daraufhin zu überprüfen, ob die nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 vorgegebenen Dokumentationsinhalte vollständig oder unvollständig dokumentiert sind. Sie sind weiterhin daraufhin zu überprüfen, ob sie nachvollziehbar beziehungsweise eingeschränkt nachvollziehbar oder nicht nachvollziehbar begründet sind. Die eingereichten Dokumentationen der Ausnahmefälle sind darüber hinaus daraufhin zu überprüfen, ob sie hinsichtlich der Indikation für eine Verlängerung der Akupunkturbehandlung nach § 5 Abs. 3 oder 4 nachvollziehbar beziehungsweise eingeschränkt nachvollziehbar oder nicht nachvollziehbar begründet sind.

(4) Die Überprüfung der Dokumentation gilt als nicht bestanden, wenn mindestens zehn Prozent der Dokumentationen als unvollständig beziehungsweise als nicht nachvollziehbar beurteilt wurden.

(5) Das Ergebnis der Überprüfung der Dokumentation wird dem Arzt durch die Kassenärztliche Vereinigung innerhalb von vier Wochen mitgeteilt. Der Arzt soll über bestehende Mängel informiert und gegebenenfalls eingehend beraten werden, wie diese behoben werden können.

(6) Werden die Anforderungen an die Dokumentation nach Absatz 4 nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von zwölf Monaten an einer erneuten Überprüfung der Dokumentation teilnehmen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von drei Monaten an einem Kolloquium bei der Kassenärztlichen Vereinigung teilzunehmen. Hat der Arzt an dem Kolloquium nicht teilgenommen oder war die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur zu widerrufen.

(7) Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Widerruf der Genehmigung gestellt werden. Die Wiedererteilung der Genehmigung richtet sich nach § 2.

30790* **Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen:**

470
50,87

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, und/oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligatorer Leistungsinhalt

- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung der optimalen Punktekombinationen, Verteilung der Akupunkturlokalisationen,
- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
- Dokumentation,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Bericht an den Hausarzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221 in derselben Sitzung 05360

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 42 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Entsprechende Untersuchungsleistungen und Nrn. 269, 269a.

Kommentar: Siehe unter **30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätsvereinbarungen nach 135 Abs. 2 SGB V**

30791*

Durchführung einer Körperakupunktur und ggfs. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
- Chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe,

Abrechnungsbestimmung je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in der Gebührenordnungsposition 30791 enthalten.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 05360

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 269, 269a.

Die Akupunktur-Behandlung eines oder beider Kniegelenke kann im Krankheitsfall (Krankheitsfall = Fall über 4 Quartale) nur 1x (entsprechend der Abrechnungsbestimmungen 10 Anwendungen, mit Begründung bis zu 15 Anwendungen) berechnet werden und dann erst wieder nach 4 Quartalen.

Beispiel:

Wenn am. 02.01.2008 das rechte Knie Akupunktur-behandlungsbedürftig wäre und in z.B. 6 Wochen das linke Knie, wäre eine Akupunktur des linken Knies erst wieder ab 02.01.2009 abrechenbar. Zum Erbringen und Abrechnen der Leistung ist eine Genehmigung der KV erforderlich.

■ Rechtsprechung zur Schmerztherapie**► Schmerztherapie – EBM Nr. 30704, einrichtungsbezogene Genehmigung**

Aus dem Wortlaut der EBM-Nr. 30704 in Verbindung mit den Ziffern 4 – 6 der Vorbemerkungen zu Kapitel 30.7 ergibt sich:

Die EBM-Nr. 30704 sieht zur Abrechnung keine Genehmigung für den Arzt vor, sondern eine Genehmigung als schmerztherapeutisches Zentrum. Das Sozialgericht München führt aus: „... Bei der Nr. 30704 handelt es sich um eine Pauschale, die nach der Qualitätssicherungsvereinbarung für das Vorhalten der besonderen schmerztherapeutischen Anforderungen in der gesamten Arztpraxis bezahlt wird. Insofern erfordert die Abrechnung der Nr. 30704 eine einrichtungsbezogene Genehmigung und keine personenbezogene Genehmigung.“

Aktenzeichen: SG München, 25.07.2012, AZ: S 38 KA 1079/11

Entscheidungsjahr: 2012

► Schmerztherapie nach den EBM Nrn. 30700 ff.: Beurteilung von Schmerzen

Die Beurteilung von Schmerzen fällt nicht in ein spezielles Fachgebiet. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann die Beurteilung von Schmerzzuständen nicht vorrangig einer besonderen fachärztlichen Ausrichtung zugewiesen werden.

Für die Qualifikation eines Gutachters kommt es nicht darauf an, ob er von Haus aus als Internist, Rheumatologe, Orthopäde, Neurologe, Psychiater oder Schmerztherapeut tätig ist. Notwendig sind vielmehr fachübergreifende Erfahrungen hinsichtlich der Diagnostik und Beurteilung von Schmerzstörungen (vgl. LSG Baden-Württemberg, 20. Oktober 2009, AZ: L 11 R 4832/08).

Aktenzeichen: LSG Baden-Württemberg, 02.03.2011, AZ: I 6 SB 4878/08

Entscheidungsjahr: 2011

► **Schmerztherapie – Anspruch eines erkrankten Patienten auf Erteilung einer Erlaubnis für den Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken**

Ein seit 1985 an Multipler Sklerose erkrankter Patient stellt im Mai 2000 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) einen Antrag auf Erlaubnis zum Anbau von Cannabis zur medizinischen Selbstversorgung nach § 3 Abs.2 BtMG.

Das OVG führt in dem Urteil aus: die Behandlung eines einzelnen schwer erkrankten Patienten mit Cannabis kann im öffentlichen Interesse liegen, wenn so die Heilung oder Linderung der Erkrankung möglich ist, und dem Patienten kein gleich wirksames und erschwingliches Arzneimittel zur Verfügung steht. In einem solchen Fall ist ein Anspruch auf Eigenanbau gerechtfertigt.

Das OVG Nordrhein-Westfalen hat dann in dem konkreten Fall entschieden:

1. Steht einem an Multipler Sklerose erkrankten Patienten, dessen Erkrankung durch Cannabis gelindert werden kann, ein gleich wirksames zugelassenes und für ihn erschwingliches Arzneimittel zur Verfügung, besteht kein öffentliches Interesse, stattdessen im Wege der Ausnahmeerlaubnis den Eigenanbau von Cannabis zuzulassen.

2. Nach derzeitigem Kenntnisstand kann das aus dem Cannabis-Hauptwirkstoff Delta-9-THC bestehende Arzneimittel „Dronabinol“ bei Multipler Sklerose im Einzelfall eine mit Cannabis vergleichbare therapeutische Wirksamkeit aufweisen. Diese Behandlungsalternative ist für einen Patienten, der die Kosten hierfür nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann, auch erschwinglich, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Hinweis: in dem Verfahren hatte die AOK (plötzlich) die Kostenübernahme für eine Behandlung mit Dronabinol erklärt.

3. Die Versagungsgründe des § 5 Abs. 1 BtmG sind auf den Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken modifiziert anzuwenden.

Aktenzeichen: OVG Nordrhein-Westfalen. 07.12.2012, AZ: 13 A 414/11

Entscheidungsjahr: 2012

► **Arzneimittelregress: Veranlasste Überdosierung von Tilidin plus Tropfen und Trancopal Dolo Kapseln**

Ein Arzt, Allgemeinmediziner und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, verordnete zwei Patienten die Präparate Tilidin plus Tropfen und Trancopal Dolo Kapseln. Bei beiden Präparaten war vom Arzt eine Überdosierung veranlasst worden. Zu der Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) gehört auch die Vorgabe der Dosierung (§ 22 Absatz 1 Nr. 10, § 29 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2a Nr. 1 AMG).

Der Einsatz eines Arzneimittels abweichend von dem Inhalt der Zulassung stellt einen Off-Label-Use dar. Welche Kriterien für einen ausnahmsweise rechtmäßigen Off-Label-Use gelten, hat das BSG in seiner Rechtsprechung wiederholt dargelegt. Nach seiner ständigen Rechtsprechung kann ein zugelassenes Arzneimittel grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in einem Anwendungsgebiet verordnet werden, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt. Davon kann ausnahmsweise abgewichen werden, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht, keine andere Therapie verfügbar ist und auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Die Voraussetzungen eines Off-Label-Use sind in diesem Fall nicht ersichtlich.

Eine Leistungspflicht der Kasse kommt auch nicht unter Berücksichtigung des Verfassungsrechts in Betracht.

Zwar folgt aus Art. 2 Abs.1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip regelmäßig kein verfassungsmäßiger Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung.

Es bedarf jedoch dann einer grundrechtsorientierten Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt, bei der die Anwendung der üblichen Standardbehandlung aus medizinischen Gründen ausscheidet und andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung stehen (BSG, 27. März 2007, Az. B 1 KR 17/06 R).

Damit hat das BVerfG strengere Voraussetzungen umschrieben, als sie im Rahmen des Off-label-use formuliert sind. Gerechtfertigt ist eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen daher nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, bei der nach den konkreten Umständen

des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird.

Vorliegend ist in keiner Weise ersichtlich, dass bei den Patienten ein lebensbedrohlicher Zustand vorlag, für den keine andere Behandlungsmöglichkeit als diejenige einer (deutlichen) Überdosierung dieser beiden Medikamente bestand.

Somit kommt eine Rechtfertigung der erfolgten Überdosierungen von Tilidin plus und Trancopal Dolo Kapseln weder unter dem Gesichtspunkt des Off-Label-Use, noch unter demjenigen der notstands-ähnlichen Lage in Betracht.

Aktenzeichen: SG Berlin, 14.12.2011, AZ: S KA 161/11

Entscheidungsjahr: 2011

30.8 Soziotherapie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 können nur von

- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

berechnet werden.

30800* Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers

**67
7,25**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vortragsärztlichen Versorgung,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 5 Therapieeinheiten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überweisung zu einem bzgl. der Soziotherapie verordnungsbefugten Leistungserbringer

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 15.

Kommentar: Soziotherapie dürfen verordnen:

- Fachärzte für Neurologie oder Nervenheilkunde
- Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Ärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs).

Eingeschlossen sind auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer KV.

Die Leistung nach Nr. 30800 ist Bestandteil der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung.

Die Indikationen finden sich beschrieben in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) – im Internet auf den Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/>

Diesen aktualisierten Text sollten Sie ggf. ausdrucken.

30810**Erstverordnung Soziotherapie****168**
18,18**Obligater Leistungsinhalt**

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,
- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung des Behandlungsplanes nach verordneten Probestunden,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30810 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 30811**Bericht:**

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, Abrechnung der erbrachten einzelnen Beratungen.

Kommentar:

Siehe „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)“.

Während die Leistung nach Nr. 30800 Bestandteil der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ist, sind die Nrn. 30810 und 30811 nur von Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Soziotherapie kann im Krankheitsfall nur 1x verordnet und berechnet werden und dann erst wieder nach 4 Quartalen.

30811**Folgeverordnung Soziotherapie****168**
18,18**Obligater Leistungsinhalt**

- Überprüfung und Anpassung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,
- Beobachtung und Abstimmung des Therapieverlaufs,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Folgeverordnung von bis zu 30 weiteren Einheiten Soziotherapie,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 30810**Bericht:**

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

30 Spezielle Versorgungsbereiche

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 15.
Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 30810.

30.9 Schlafstörungsdiagnostik

Kommentar:

Siehe: Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (<http://www.kbv.de/media/sp/Schlafapnoe.pdf>) (hier Ausschnitte)

§ 5 Apparative Voraussetzungen

(1) Die sachgerechte Durchführung der Polygraphie nach der Nr. 30900 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

(2) Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

(3) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Abschnitt C – Voraussetzungen zur kardiorespiratorischen Polysomnographie

§ 6 Fachliche Befähigung

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der Nr. 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gilt als nachgewiesen, wenn der Arzt berechtigt ist, die Zusatzbezeichnung ‚Schlafmedizin‘ zu führen. Dabei sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 nachzuweisen:

1. Eine mindestens sechsmonatige ganztägige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung
2. Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
3. Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
4. Selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
5. Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

6. Die Anleitung nach den Nrn. 1 bis 5 hat bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt hat.

(2) Sofern die Weiterbildungsordnung die Zusatzbezeichnung ‚Schlafmedizin‘ nicht vorsieht, gelten die Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) als erfüllt, wenn die Kriterien nach Abs. 1 Nrn. 1 bis 6 erfüllt und die Befähigung durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 4 vor der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wurde.

§ 7 Apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen

(1) Die sachgerechte Durchführung der Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der Nr. 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können.

Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Elektrokardiographie (EKG)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
8. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

(2) Das Schlaflabor muss über geeignete Räumlichkeiten verfügen. Hierzu sind mindestens folgende Anforderungen zu erfüllen:

1. Für jeden Patienten muss ein eigener Schlafraum zur Verfügung stehen.

Der Schlafraum muss räumlich getrennt vom Ableitraum sein, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.

2. Der Schlafraum muss über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage verfügen sowie so schallgeschützt sein, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

(3) Während der Polysomnographie muss eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend sein. Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten muss bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung stehen. Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie sind zu dokumentieren.

- (4) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen

30900* Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

589
63,75

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen die Anamnese und die klinische Untersuchung die typischen Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung ergeben oder

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Therapieverlaufskontrolle der Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren),
- Kontinuierliche simultane Registrierung während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase,
 - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche),
 - der Oximetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
 - der Herzfrequenz,
 - der Körperlage,
 - der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
- Computergestützte Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde, einschließlich visueller Auswertung(en)
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Maskendruckmessung(en) bei Einsatz eines CPAP-Gerätes während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase,
- Feststellung einer ausreichenden Gerätenutzung durch den Patienten,
- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Arzt, der die weitere polysomnographische Diagnostik durchführt

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30901 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 45 **Prüfzeit:** 36 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden, siehe aber Nr. 653* (Kardiorespiratorische Polysomnographie – „Kleines Schlaflabor“, weitere GOÄ-Nrn. 602*, 605*, 714, 5295*, 427) und ggf. analoger Ansatz der Nr. 659* (siehe dazu die Empfehlungen der BÄK).

30901*

Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

3165
342,54

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung und nach einer erfolgten Polygraphie entsprechend der Gebührenordnungsposition 30900 keine Entscheidung zur Notwendigkeit mittels CPAP möglich ist oder
- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten mit gesicherter Indikation zur Ersteinstellung oder bei schwerwiegenden Therapieproblemen einer Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren),
- Kontinuierliche Simultanregistrierung während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase in einem räumlich vom Ableitraum getrennten Schlafrum, in dem sich während der kardiorespiratorischen Polysomnographie nur ein Patient befinden darf
 - der Atmung,
 - der Oximetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
 - des EKG,
 - der Körperlage,
 - der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
 - des Atemflusses oder des Maskendruckes bei Einsatz eines CPAP-Gerätes,
 - elektrookulographische Untersuchung(en) (EOG) mit zwei Ableitungen,
 - elektroenzephalographische Untersuchung(en) (EEG) mit zwei Ableitungen,
 - elektromyographische Untersuchung(en) (EMG) mit drei Ableitungen,

- optische und akustische Aufzeichnung(en) des Schlafverhaltens
- Visuelle Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Validierung nach Rechtschaffen und Kales, Dauer mindestens 50 Minuten,
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Arzt, der die Überdrucktherapie einleitet

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 27320, 30900

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Bericht:

Berichtspflicht – Übermittlung der Behandlungsdaten siehe Allg. Bestimmungen 2.1.4 Berichtspflicht

Aufwand in Min.**GOÄ**

Kalkulationszeit: 80 **Prüfzeit:** 64 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der erbrachten Einzelleistungen.

30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 ist die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V).

2. Die Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 sind nur vom behandlungsführenden Arzt berechnungsfähig. Der behandlungsführende HIV-Schwerpunktarzt erklärt gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit der Abrechnung dass er der alleinige behandlungsführende und abrechnende Arzt im jeweiligen Fall ist.

Kommentar:**zu 1.**

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels II-1.7.7.1 können nur von Ärzten abgerechnet werden, die im Besitz einer Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV sind.

zu 2.

Zur Vermeidung Unklarheiten über die Abrechnungsberechtigung muss der behandlungsführende HIV-Schwerpunktarzt schriftlich bestätigen, dass nur er als behandlungsführender abrechnungsberechtigt ist.

Siehe: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids) (http://www.kbv.de/media/sp/HIV_Aids.pdf) (Hier Ausschnitte)

§ 5 Patientengruppenspezifische spezialisierte Versorgung

(1) Über die in § 4 beschriebenen Aufgaben hinaus koordiniert und steuert der behandlungsführende Arzt die antiretrovirale Therapie bei Patienten nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3. Die Durchführung der antiretroviral Therapie umfasst grundsätzlich folgende Einzelaufgaben:

- Indikationsstellung,
- Medikamentenauswahl,
- Erstellung des Behandlungsplans,
- Kontrolle der Nebenwirkungen und Wechselwirkungen,
- Vermeidung metabolischer Komplikationen,

- Analyse des Therapieverlaufs,
- Resistenztestung unter Berücksichtigung der Anlage I Nr. 10 „Anerkannte

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden „der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ nach § 135 Abs. 1 SGB V, Prophylaxe opportunistischer Infektionen.

(2) Neben der Koordination der antiretroviralen Therapie diagnostiziert und behandelt der behandelnde Arzt insbesondere bei Patienten nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 HIV-assoziierte Erkrankungen, Aids-definierende Erkrankungen und Koinfektionen. Hierbei stellt er auch die Steuerung und Koordination der Behandlung insbesondere durch Fachärzte sicher.

Anlage 1 QS-Vereinbarung HIV/AIDS – Inhalte der ärztlichen Dokumentation nach § 7

- Patientendaten
- Patientenidentifikation
- ggf. Sterbedatum
- vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko
- Labor (alle im Berichtsquartal erhobenen Werte)
- erstmaliger Nachweis der HIV-Infektion (Monat/Jahr)
- Letzter negativer HIV-Antikörpertest (Monat/Jahr)
- CD4-T-Zellzahl je µl (Datum im Berichtsquartal)
- Viruslast je ml (Datum im Berichtsquartal)
- um im Berichtsquartal
- Therapiebedürftige Diagnosen (außer Aids) im Berichtsquartal (mit ICD-10 Kodierung)
- Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen im Berichtsquartal (mit ICD-10 Kodierung)
- Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen im Berichtsquartal (mit ICD-10 Kodierung)
- Opportunistische Infektionen
- Malignome
- sonstige opportunistische Erkrankungen z.B. HIV-Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom
- Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre) z.B. bakterielle Infektionen (multiple, rezidivierend und mehr als eine Infektion in 2 Jahren), chronische lymphoide interstitielle Pneumonie
- Koinfektionen (Hepatitis B, Hepatitis C)
- Prophylaxemaßnahmen z.B. zur Verhinderung von Pneumocystis jirovecii-Pneumonie (PJP), Candidiasis, zerebrale Toxoplasmose, ggf. sonstige
- erhobener Impfstatus (Datum): Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumokokken, Influenza
- durchgeführte Impfungen
- Veranlassung von Screening-Maßnahmen (zu Tuberkulose, Hepatitis, CMV-Retinitis, Analkarzinom, Hautkrebs, Zervixkarzinom)
- Antiretrovirale Therapie
- das durchgeführte Regime (z.B. TVD/ATV/r) im Berichtsquartal (jeweils Datum von Beginn und Ende, gegebenenfalls Grund der jeweiligen Beendigung sowie Angabe, ob in den angegebenen Regimen ein Firstline-Regime enthalten ist)
- Resistenztestung (Monat/Jahr)
- Besonderheiten

30920* Zusatzpauschale für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

460
49,78

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die jederzeit widerrufen werden kann, vorliegt
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./.**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistungen.

30922*

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten

309**33,44****Obligator Leistungsinhalt**

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./.**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistungen.

Kommentar:

Die Gebührenordnungsposition 30922 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30924 berechnungsfähig

30924*

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bei Vorliegen HIV-assoziiierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z.B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten

619**66,99****Obligator Leistungsinhalt**

- Mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./.**Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, daher Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistungen.

Kommentar:

Die Gebührenordnungsposition 30924 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30922 berechnungsfähig.

30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen, abgerechnet werden.

2. Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen bzw. Therapiesitzungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30931, 30932 oder 30933 erfolgen. Die Durchführung, Aufzeichnung und Auswertung der Tests kann nicht während der probatorischen oder therapeutischen Sitzungen

erfolgen. Entsprechend verlängert sich die Patienten-Kontaktzeit der Gebührenordnungspositionen 30931 und/oder 30932 und/oder 30933 um jeweils 5 Minuten je abgerechnete Gebührenordnungsposition 30930.

3. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 nur berechnungsfähig, wenn durch den behandelnden Arzt dargelegt wird, dass der Einsatz von Leistungen nach den Psychotherapie-Richtlinien aufgrund eines über die Indikationsstellung für die Neuropsychologie hinausgehenden Krankheitsbildes indiziert ist und durch den Einsatz einer parallelen Behandlung mit Leistungen nach den Psychotherapie-Richtlinien ein Heilungserfolg zu erzielen ist, der mit der neuropsychologischen Behandlung alleine nicht erreicht werden könnte.

Kommentar:

zu 1.

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.11 – also die Leistungen nach den Nrn. 30930 bis 30935 – können nur von Ärzten oder Therapeuten abgerechnet werden, die im Besitz einer Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen.

zu 2.

Der Umstand, wonach psychometrische Tests nicht während einer probatorischen Sitzung bzw. einer Therapiesitzung durchgeführt werden können, sondern nur davor oder danach, führt zu einer Verlängerung der Patienten-Kontaktzeiten je abgerechnetem Test um 5 Minuten.

zu 3.

Die Abrechnung von Leistungen nach den Psychotherapie-Richtlinien neben neuropsychologischen Leistungen setzt eine **ärztliche** Begründung der Notwendigkeit und Erforderlichkeit voraus.

Siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1415/2011-11-24_MVV-RL_NeuroPsych_BAnz.pdf – BAnz. Nr. 31 (S. 747) vom 23.02.2012

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung:

Neuropsychologische Therapie Vom 24. November 2011

Richtlinie der Neuropsychologischen Therapie

§ 1

Präambel

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirngestörten verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Ziel ist es, die aus einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns resultierenden und krankheitswertigen kognitiven, emotionalen und motivationalen Störungen sowie die daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen der Patientin oder des Patienten zu erkennen und zu heilen oder zu lindern. Dabei ist beim Fortbestehen von vorgenannten krankheitswertigen Störungen nach stationärer Akut- oder Rehabilitationsbehandlung eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung wünschenswert. Damit sollen die Chancen auf einen größtmöglichen Therapieerfolg bei gestörten höheren Hirnleistungsfunktionen besser als bisher genutzt werden. Die neuropsychologische Therapie wird bei diesen Patienten oft bereits während der stationären Akutphase eingeleitet und kann ambulant fortgesetzt werden.

§ 2

Definition

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biografischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z.B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit).

§ 3

Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung

Die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Diagnostik und Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in § 6 Absatz 2 genannten fachlichen Anforderungen erfüllt werden und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird.

§ 4

Indikationen

(1) Indikationen zur neuropsychologischen Therapie sind (gemäß Internationale Klassifikation der Krankheiten [ICD-10]):

1. F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
2. F06.6 Organische emotional labile (asthenische) Störung,
3. F06.7 Leichte kognitive Störung,
4. F06.8 Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
5. F06.9 Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
6. F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

jeweils nach insbesondere im Rahmen eines akuten Ereignisses, z.B. Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung). Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist dabei nur zulässig bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen):

1. Lernen und Gedächtnis,
2. Höhere Aufmerksamkeitsleistungen,
3. Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
4. Denken, Planen und Handeln,
5. Psychische Störungen bei organischen Störungen.

(2) Voraussetzung für die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist, dass die basalen Aufmerksamkeitsleistungen vorhanden sind und eine positive Behandlungsprognose besteht. Die Feststellung, ob die vorgenannte Voraussetzung erfüllt ist, hat vor Beginn der Behandlung zu erfolgen. Sie ist Bestandteil der Indikationsstellung gemäß § 5.

(3) Die Durchführung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie ist ausgeschlossen, wenn:

1. die medizinische Notwendigkeit einer stationären oder rehabilitativen Maßnahme gegeben ist oder
2. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden sollen, z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD[H]S), oder Intelligenzminderung oder
3. es sich um eine Erkrankung des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, z.B. mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ, handelt oder
4. das schädigende Ereignis oder die Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt. Ausnahmen hiervon können von der zuständigen Krankenkasse vor Beginn der Therapie auf Antrag einer qualifizierten Therapeutin oder eines qualifizierten Therapeuten genehmigt werden, wenn im Einzelfall eine hinreichende Aussicht auf die Erreichung des Therapieerfolges besteht.

§ 5

Feststellung der Indikation

(1) Die Feststellung der Indikation zur neuropsychologischen Therapie erfolgt in einer zweistufigen Diagnostik nach den folgenden Absätzen 2 und 3. Die Stufendiagnostik nach den Absätzen 2 und 3 darf im Rahmen einer Behandlung nicht durch dieselbe Leistungserbringerin oder denselben Leistungserbringer erbracht werden.

30 Spezielle Versorgungsbereiche

(2) Die Feststellung einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) als Ursache für eine Indikation gemäß § 4 Absatz 1 erfolgt durch die in § 6 Absatz 1 festgelegten Arztgruppen. Sie muss auch andere behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen berücksichtigen. Sofern erforderlich sind an der Differenzialdiagnostik Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen zu beteiligen.

(3) Unverzüglich nach Feststellung der Diagnose gemäß § 5 Absatz 2 ist eine krankheitsspezifische, neuropsychologische Diagnostik durch die in § 6 Absatz 2 Genannten durchzuführen. Dies beinhaltet auch eine Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie. Diese Diagnostik umfasst zumindest Krankheitsanamnese, störungsspezifische Exploration, standardisierte störungsspezifische psychometrische Verfahren (Rohwerte und Interpretation) sowie den klinisch neuropsychologischen Befund, soweit möglich auch Fremdanamnese einschließlich der Erfassung krankheitsrelevanter Merkmale im Lebensumfeld.

(4) Aufbauend auf der Diagnostik nach den Absätzen 2 und 3 ist vor Beginn der Behandlung ein Therapieplan zu erstellen. Dieser hat die krankheitswertigen Störungen gemäß den Indikationen nach § 4 sowie die für die jeweiligen Krankheitsphasen vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen nach § 7 Absatz 5 und deren Umfang und Frequenz zu benennen. Über den Therapieplan soll der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin informiert werden, wenn die Patientin oder der Patient einwilligt. Bei gleichzeitiger Behandlung durch andere Berufsgruppen sind die möglichen Auswirkungen dieser Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikation) im Therapieplan zu berücksichtigen. Eine gegenseitige Information aller an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Berufsgruppen ist anzustreben.

§ 6

Qualifikation der Leistungserbringer

(1) Zur Feststellung der Indikation gemäß § 5 Absatz 2 sind berechtigt: Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

(2) Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind berechtigt:

1. Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Absatz 1,
2. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,
3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,
4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,

jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

§ 7

Anwendungsformen, Leistungserbringung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie

(1) Die neuropsychologische Therapie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung (maximal 5 Patientinnen oder Patienten) durchgeführt werden. Die neuropsychologische Therapie kann auch außerhalb der Praxis/Einrichtung erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.

(2) Die Diagnostik und Behandlung ist persönlich durch den Leistungserbringer nach § 6 Absatz 2 zu erbringen, der über eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (gemäß § 3) verfügt.

(3) Die neuropsychologische Leistungserbringerin oder der neuropsychologische Leistungserbringer darf nicht identisch sein mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer, der die erste Stufe der Diagnostik gemäß § 5 Absatz 2 durchführt.

(4) Der Beginn der Behandlung ist spätestens mit Abschluss der probatorischen Sitzungen der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen.

(5) Die anzuwendenden Behandlungsmaßnahmen der neuropsychologischen Therapie richten sich jeweils nach den individuellen Erfordernissen des Krankheitszustandes der Patientin oder des Patienten und sind entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchzuführen. Als Behandlungsmaßnahmen können nur zur Anwendung kommen:

1. zur restitutiven Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel einer neuronalen Reorganisation z.B. unspezifische und spezifische Stimulation, Beeinflussung inhibitorischer Prozesse, Aktivierung,
2. zur kompensatorischen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Anpassung an kognitive Störungen und zum Erlernen von Ersatz- und Bewältigungsstrategien z.B. Erlernen neuer Verarbeitungsstrategien, Anpassung der eigenen Ansprüche und Erwartungen,
3. zur integrativen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld, z.B. auf lerntheoretischen Grundlagen basierende Programme zum Verhaltensmanagement.

(6) Für den Leistungsumfang der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie gilt:

1. Vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie sind für die krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und unter Berücksichtigung von Vorbefunden gemäß § 5 Absatz 3, und zur spezifischen Indikationsstellung bis zu fünf probatorische Sitzungen möglich.
2. Neuropsychologische Therapie als Einzelbehandlung, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, bis zu 60 Behandlungseinheiten je Krankheitsfall. Die Dauer einer neuropsychologischen Behandlungseinheit als Einzelbehandlung beträgt mindestens 50 Minuten. Wenn dies medizinisch notwendig ist, kann sie auch in Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten, mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 120), erfolgen. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.
3. Neuropsychologische Therapie als Gruppenbehandlung, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen, bis zu 40 Behandlungseinheiten je Krankheitsfall. Die Dauer einer neuropsychologischen Behandlungseinheit als Gruppenbehandlung beträgt mindestens 100 Minuten. Wenn dies medizinisch notwendig ist, kann sie auch in Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten, mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 80), erfolgen. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.
4. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung im Rahmen des in Nummer 2 definierten Leistungsumfanges durchzuführen.
5. Im besonderen Einzelfall ist eine Überschreitung des in Nummer 2 festgelegten Therapieumfangs um bis zu maximal 20 Behandlungseinheiten (bei Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten) bzw. um bis zu maximal 40 Behandlungseinheiten (bei Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten) je Krankheitsfall zulässig, wenn die Ergebnisse der neuropsychologischen Verlaufsdagnostik und der bisherige Behandlungsverlauf belegen, dass innerhalb der vorgegebenen Höchstanzahl der Behandlungseinheiten das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungszieles bei Fortführung der Therapie in dem bestimmten erweiterten Zeitrahmen besteht. Die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen ist nach § 9 zu dokumentieren.

§ 8

Ergänzende Maßnahmen gemäß der Heilmittel-Richtlinie

Sofern neben der neuropsychologischen Therapie auch ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kommen sollen, so sind diese entsprechend den Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie durchzuführen und bedürfen einer vertragsärztlichen Verordnung. Sie sollen nur in enger Abstimmung zwischen der behandelnden neuropsychologischen Leistungserbringerin oder dem behandelnden neuropsychologischen Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt verordnet werden, insbesondere um durch gegenseitige inhaltliche Abstimmung der Maßnahmen Überschneidungen zu vermeiden.

§ 9

Dokumentation

(1) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 2 haben die Befunde nach § 5, den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren.

(2) Sofern sich die medizinische Notwendigkeit ergibt, die Dauer der Behandlungseinheit gemäß § 7 Absatz 6 Nummer 2 oder 3 zu reduzieren, ist dies anhand von Angaben zur konkreten Indikation oder der aktuellen neuropsychologischen Symptomatik oder den Ergebnissen der Testdiagnostik mit Begründung zu dokumentieren.

(3) Sofern im Einzelfall der in § 7 Absatz 6 Nummern 2, 4 festgelegte Behandlungsumfang überschritten werden soll, ist das Vorliegen der Bedingungen hierfür zu begründen und zu dokumentieren.

(4) Sofern sich eine Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 2 als medizinisch notwendig erweist, ist dies gesondert zu begründen und zu dokumentieren.

§ 10**Qualitätssicherung**

(1) Für die Qualitätssicherung gelten die Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Absatz 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie fachkundige Kommissionen für die Qualitätssicherung und zur Überprüfung der Indikation nach § 5 durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungskommissionen) ein.

(3) Die Möglichkeit der zuständigen Krankenkasse, Prüfungen gemäß § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchzuführen, bleibt unberührt.

30930* Krankheitspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren**28
3,03****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anwendung von Testverfahren zur krankheitsspezifischen neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Abs. 3 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Auswertung der Testverfahren,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30930 ist je Behandlungsfall für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 990 Punkten, für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 651 Punkten berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nrn. 856*, 857*, Gliederung des Inhaltes anders

30931* Probatorische Sitzung**621
67,21****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik und spezifische Indikationsstellung vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fremdanamnese unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils 25 Minuten Dauer

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30931 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30931 beinhaltet nicht die Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der Gebührenordnungsposition 30930.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 30932, 30933

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 60 **Prüfzeit:** 70 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30932* Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) **819**
88,64

Obligatorer Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 30931

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 60 **Prüfzeit:** 70 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30933* Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung) **591**
63,96

Obligatorer Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Mindestens 2, höchstens 5 Teilnehmer.

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten Dauer

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 100 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30933 ist am Behandlungstag höchstens zweimal je Teilnehmer berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 30931

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 37 **Prüfzeit:** 19 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30934* Erstellung eines Therapieplans **180**
19,48

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Therapieplans gemäß § 5 Abs. 4 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04355

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30935* Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall **74**
8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

Bericht und Dokumentation der Therapieverlängerung im Einzelfall gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 5 der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“

30 Spezielle Versorgungsbereiche

der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 04355

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-30.12, mit Ausnahme der Laborziffern gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956, ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.

2. Die Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 können nur von Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts ref="ebm/403203100000" erteilt wurde.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur bei Risikopatienten für eine/mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie bei deren Kontaktperson(en) bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11–13 Monate) nach Abschluss der Eradikationstherapie berechnungsfähig. Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

- Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder
- Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - chronische Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades),
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - Dialysepflichtigkeit,
 - Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

4. Die Sanierungsbehandlung beginnt mit der Eradikationstherapie. Die Eradikationstherapie umfasst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die Kontrollabstrichentnahmen durchgeführt werden bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.

5. Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.

6. Sofern ein Patient im Laufe der weiteren Sanierungsbehandlung einen positiven Kontrollabstrich aufweist, kann nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie vorgenommen werden, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts IV-30.12 nicht mehr erfüllt. Sofern eine weitere Eradikationstherapie erforderlich ist, kann diese nur nach Vorstellung des Falles in einer Fall- und/oder Netzwerkkonferenz erfolgen, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts IV-30.12 nicht mehr erfüllt. Soweit keine Fall-/Netzwerkkonferenz erreichbar ist, hat der behandelnde Arzt sich bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend zu informieren.

7. Bei den Gebührenordnungspositionen 30942, 30944, und 30950 darf der ICD-10-GM Sekundärkode U80.00 bzw. U80.01 nur zusätzlich zu einem Diagnosekode nach ICD-10-GM angegeben werden.

Kommentar:

zu 1.

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.12.1 – also die Leistungen nach den Nrn. 30940 bis 30952 – können nur von Ärzten abgerechnet werden, die im Besitz einer Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen. Da diese Qualitätssicherungsvereinbarung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abschnitts 30.12 (1.4.2014) noch nicht vorliegen, gelten bis zu ihrer Verabschiedung die Anforderungen des Anhangs zum Abschnitt 30.12 EBM:

Anhang zum Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (kurz: Anhang zum Abschnitt 30.12 EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2014 bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

veröffentlicht unter www.mrsa-ebm.de

zu 2.

Alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.12.2 – also die Leistungen nach den Nrn. 30954 und 30956 – können nur von Ärzten abgerechnet werden, die im Besitz einer Genehmigung zur Abrechnung des Unterabschnitts 32.3.10 (Bakteriologische Untersuchungen) sind.

zu 3.

Die Definition der nach Abschnitt 30.12 zu Lasten der GKV behandlungsfähigen Patienten (bzw. Kontaktpersonen) ist sehr detailliert und unbedingt zu beachten (sorgfältig in der Dokumentation das Vorliegen der Voraussetzungen vermerken!).

zu 4. bis 6.

Bei einem positiven Kontrollabstrich im Laufe der Sanierungsbehandlung kann unter bestimmten Voraussetzungen eine zweite Eradikationstherapie durchgeführt werden. Unklar ist derzeit, ob, wenn auch während der dann folgenden Sanierungsbehandlung erneut ein positiver Kontrollabstrich auftritt, erneut eine weitere Eradikationstherapie möglich ist. Die Formulierung „zweite“ Eradikationstherapie scheint das auszuschließen.

30.12.1 Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)**Kommentar:**

Die KBV informiert zu den Leistungen für MRSA-Patienten (http://www.kbv.de/media/sp/2014_04_10_Praxisinformation_MRSA_Anschlussregelung.pdf)

... „Leistungen für MRSA-Patienten seit 1. April 2014 im EBM – Vergütung weiter extrabudgetär.

Resistente Keime sind nicht nur ein Problem von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Durch die zunehmende Zahl von Patienten, die sich mit einem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) infizieren, wächst der Behandlungsbedarf auch im ambulanten Bereich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband hatten deshalb im Jahr 2012 eine spezielle Vergütungsvereinbarung für MRSA-Leistungen abgeschlossen. Seit dem 1. April 2014 sind diese Leistungen nun Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)...“

Was sich durch die Anschlussregelung ändert und welche Regelungen bleiben, haben wir in dieser Praxisinformation zusammengestellt.

Eigener EBM-Abschnitt für MRSA-Leistungen

Die Leistungen zur Untersuchung und Behandlung von MRSA-Patienten sind zum 1. April 2014 Teil des EBM. Dazu wurde im EBM ein neuer Abschnitt 30.12 geschaffen...“

Honorierung vorerst bis 2016 zu festen Preisen außerhalb der MGV

Die Vergütungsregelung – feste Preise ohne Mengenbegrenzung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – wird fortgeführt. Allerdings wird diese Regelung erneut auf zwei Jahre befristet...

Abrechnung ist an Qualitätssicherungsvereinbarung gebunden

Die Abrechnung ist weiterhin an konkrete Voraussetzungen gebunden. Diese werden künftig in einer Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA geregelt. Diese Vereinbarung ist noch nicht in Kraft getreten. Deshalb gelten zunächst die bestehenden Anforderungen weiter. Sie finden diese jetzt im Anhang zum EBM- Abschnitt 30.12 (vormals Anhang zur Vergütungsvereinbarung MRSA).

30940 Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts IV-30.12 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung **35
3,79**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und Dokumentation der Risikofaktoren gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts IV-30.12

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung und Dokumentation von sanierungshemmenden Faktoren,
- sektorenübergreifende (ambulant, stationär) interdisziplinäre Abstimmung und Information,
- Indikationsstellung zur Eradikationstherapie,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30940 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 1, bei eingehender Befragung und Beratung ggf. GOÄ Nr. 3 darf aber nur neben Untersuchungsleistungen nach den GOÄ Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 berechnet werden. Neben Nr. 3 sind weitere Nrn. nicht abrechnungsfähig.

30942 Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts IV-30.12 der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 **133
14,39**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durch-/Weiterführung der Eradikationstherapie, ausgenommen der Wundversorgung,
- Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung der Standardsanierung,
- Aufklärung und Beratung zu Hygienemaßnahmen, der Eradikationstherapie und der weiteren Sanierungsbehandlung, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/ Bezugsperson(en),
- Aushändigung des MRSA-Merkblattes,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 3 darf aber nur neben Untersuchungsleistungen nach den GOÄ Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 berechnet werden. Neben Nr. 3 sind weitere Nrn. nicht abrechnungsfähig.

30944 Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts IV-30.12.1, der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30946 **90
9,74**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Aufklärung und/oder Beratung des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/ Bezugsperson(en)
- oder

- Aufklärung und/oder Beratung einer Kontaktperson des Patienten gemäß der Gebührenordnungsposition 30946,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung

Anmerkung Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 30944 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32837

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 10 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 3 – Nr. 3 darf aber nur neben Untersuchungsleistungen nach den GOÄ Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 berechnet werden. Neben Nr. 3 sind weitere Nrn. nicht abrechnungsfähig

30946

Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers

32
3,25

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärungsdiagnostik,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

Bereitstellung von Informationsmaterialien,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Kontaktperson muss in dem Zeitraum gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts IV-30.12.1 mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben.

Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32837

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 1, bei eingehender Befragung und Beratung ggf. GOÄ Nr. 3. – Nr. 3 darf aber nur neben Untersuchungsleistungen nach den GOÄ Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801 berechnet werden. Neben Nr. 3 sind weitere Nrn. nicht abrechnungsfähig.

30948

Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V

46
4,98

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur in Behandlungsfällen in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942 berechnungsfähig, in denen der abrechnende Arzt eine Eradikationstherapie durchführt, und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.

Ärzte, die aus dem Abschnitt 30.12 ausschließlich Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 erbringen und berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 30948 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 30954 und/oder 30956 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von 919 Punkten je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vorträgt, ein Höchstwert von 1515 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Die GOÄ kennt keine vergleichbare Leistung. **Wezel/Lieold** ... „rät bei Vorstellung eines Patienten und Diskussion ...“ zur Abrechnung der GOÄ Nr. 60.

30950**Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)****19
2,06****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 30940 oder 30946
oder
- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944
oder
- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944
oder
- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30950 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig, wenn das Ergebnis der (des) Abstriche(s) vorliegt.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: GOÄ NR. 298

30952**Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)****19
2,06****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 30940 oder 30946
oder
- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944
oder
- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944
oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30952 ist nur berechnungsfähig, wenn die Abstrichuntersuchung keinen Nachweis von MRSA aufweist.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32837

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 2 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Abrechnung der durchgeführten Abstriche und Laboruntersuchungen.

30.12.2 Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)

30954 Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden **51**
5,52

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32837

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 4539*

30956 Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation **25**
2,71

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32837

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 4546*

30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM
 - und in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
 berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 können nur von
 - Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie,
 - Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die eine geriatrische Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V nachweisen können,
 - ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V
 berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
3. Die Gebührenordnungsposition 30984 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 erfolgt und eine Vorabklärung gemäß der Gebührenordnungspositionen 30980 und

30981 stattgefunden hat. In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt gemäß Nr. 2 zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments gemäß der Gebührenordnungsposition 03360 ergibt. In diesen Fällen ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 vorzunehmen.

4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres) und
- Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI:
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktes chronisches Schmerzsyndrom.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.

6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.

7. Sofern ein Arzt die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, kann er abweichend von Nr. 3 für Patienten, die von ihm hausärztlich behandelt werden, ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung durchführen und abrechnen, sofern ein anderer Arzt gemäß Nr. 2 die Notwendigkeit bescheinigt. In diesem Fall ist für den mitbeurteilenden Arzt die Gebührenordnungsposition 30981 berechnungsfähig. Vom Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, ist die Gebührenordnungsposition 30980 berechnungsfähig.

30980 Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13 **194**
21,00

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 12 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

30981* Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13 **131**
14,18

Obligatorer Leistungsinhalt

- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,

- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Berichtspflicht** NeinAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**30984*****Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V****882**
95,46**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Umfassendes geriatrisches Assessment (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) jeweils in mindestens fünf Bereichen einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung,
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß § 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach § 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden,
- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen,
- Differentialdiagnostische und differentialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments,
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten,
- Dauer mindestens 60 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen,
- Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Arzt,
- Nachuntersuchungen,
- Einbindung von Neuropsychologen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall**Berichtspflicht** NeinAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 58 **Prüfzeit:** 46 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**30985****Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments****325**
35,17**Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall**Berichtspflicht** NeinAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**30986*****Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments****234**
25,32**Abrechnungsbestimmung** je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall**Berichtspflicht** NeinAufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

30988

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik

**65
7,03****Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplan, nach Durchführung eines multiprofessionellen geriatrischen Assessments,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig

Abrechnungsausschlüsse

in derselben Sitzung 30984

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5**Prüfzeit:** 4**Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

Informationen der Herausgeber:

Aufgenommen wurden aus diesem Kapitel nur die Bereiche

31.1 Präoperative Gebührenpositionen

31.2. Ambulante Operationen

31.2.1 Präambel

31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

Die nicht im Buch aufgeführten EBM-Nummern der Operationen und alle dazu gehörigen weiteren EBM-Nrn. der Anästhesien, Überwachungskomplexe und postoperative Behandlungskomplexe und **OPS-Codierungen** finden Sie im Internet im unkommentierten aber stets aktuellen vollständigen EBM unter www.springermedizin.de/ops-codierungen.

1. Ambulante Operationen sind in vier Abschnitte unterteilt:

- Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation ggf. einschließlich Anästhesien vorzubereiten.
- Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.
- Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.
- Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

Kommentar:

Der gesamte Komplex der ambulanten Operationen ist in vier Abschnitte unterteilt. Diese beinhalten:

- **31.1** den präoperativen Abschnitt – hier wirken Hausärzte, ggf. weitere überweisende Vertragsärzte, Anästhesist und Operateur zusammen mit dem Ziel der Vorbereitung des Patienten für die Operation,
- **31.2** den ambulanten operativen Abschnitt – hier wird die Operation einschließlich der Anästhesie vom Operateur, ggf. in Kooperation mit dem Anästhesisten durchgeführt,
- **31.3** die postoperative Überwachung – diese erfolgt unmittelbar im Anschluss an die Operation durch den Anästhesisten oder den Operateur und
- **31.4** die postoperative Behandlung – diese erfolgt ab dem 1. bis zum 21. postoperativen Tag durch den Operateur oder auf Überweisung durch einen anderen, den weiterbehandelnden Vertragsarzt.

Wichtig: Hinweise der KBV zum ambulanten Operieren finden Sie ausführlich im Internet: http://www.kbv.de/html/themen_1126.php u.a.

Rechtsquellen

- Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus
- Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V – Katalog
- Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Allgemeine Tatbestände
- Katalog der G-AEP-Kriterien
- AOP-Katalog zum Download von der DKG e.V. (XLS und PDF, gepackt als zip-Datei)

31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

31.1.1 Präambel

1. Die in Abschnitt IV-31.1.2 genannten Gebührenordnungspositionen können nur von:

- Fachärzten für Allgemeinmedizin,
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,

- Praktischen Ärzten,
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

berechnet werden.

2. Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.1 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 oder 36373 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.

Kommentar:

Zu Pkt. 1

Alle Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1 – also die Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 – können grundsätzlich (s. Kommentierung zu Kapitel I, Abschnitt 1.5) nur von den oben angegebenen Ärzten abgerechnet werden.

Zu Pkt 2.

Vor Durchführung einer Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt ist die Abrechnung der präoperativen Leistungen des Abschnitts 31.1.1 daran geknüpft, dass die medizinische Notwendigkeit einer Operationsvorbereitung im Einzelfall begründet wird. Hier ist auf eine sorgfältige Dokumentation zu achten.

31.1.2 Präoperative Gebührenordnungspositionen

31010

Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

297
32,14

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01600, 01601 und Kapitel 32.2, 32.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 32 **Prüfzeit:** 24 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Im obligaten Leistungsinhalt sind Beratungs- und Erörterungsleistungen sowie der Ganzkörperstatus beschrieben und damit zur Abrechnung gefordert.

Als fakultativer Bestandteil sind folgende Laboruntersuchungen genannt:

EBM Nr. 32101 TSH

EBM Nr. 32125 Präoperative Labordiagnostik – Bestimmung von **mindestens 6** der folgenden Parameter:

- Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT

vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural) und/oder Leistungen nach EBM Nrn.

- **32110** Blutungszeit (standardisiert)

- **32111** Rekalzifizierungszeit
- **32112** PTT
- **32113** Quick-Wert, Plasma
- **32114** Quick-Wert, Kapillarblut
- **32115** Thrombinzeit
- **32116** Fibrinogen

Die Leistung nach Nr.31010 – 31013 sind nur ansetzbar für Operationen, die als gestattete Kassenleistung durchgeführt werden. Werden Operationen vom Patienten auf Wunsch privat gezahlt dann kann die Operationsvorbereitung nicht nach EBM abgerechnet werden, sondern nur privat nach GOÄ.

Die Nrn. 31010 bis 31013 sind nicht neben Leistungen des Kapitels 32 abrechenbar.

31011

Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr

297
32,14

Obligatorer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01600, 01601 und Kapitel 32.2, 32.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 32 **Prüfzeit:** 27 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Im obligaten Leistungsinhalt sind Beratungs- und Erörterungsleistungen sowie der Ganzkörperstatus beschrieben und damit zur Abrechnung gefordert.

Als fakultativer Bestandteil sind folgende Laboruntersuchungen genannt:

EBM Nr. 32101 TSH

EBM Nr. 32125 Präoperative Labordiagnostik – Bestimmung von **mindestens 6** der folgenden Parameter:

- Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT

vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural) und/oder Leistungen nach EBM Nrn.:

- **32110** Blutungszeit (standardisiert)
- **32111** Rekalzifizierungszeit
- **32112** PTT
- **32113** Quick-Wert, Plasma
- **32114** Quick-Wert, Kapillarblut
- **32115** Thrombinzeit
- **32116** Fibrinogen

Die Leistung nach Nr. 31010–31013 sind nur ansetzbar für Operationen, die als gestattete Kassenleistung durchgeführt werden. Werden Operationen vom Patienten auf Wunsch privat gezahlt dann kann die Operationsvorbereitung nicht nach EBM abgerechnet werden, sondern nur privat nach GOÄ.

Die Nrn. 31010–31013 sind nicht neben Leistungen des Kapitels 32 abrechenbar.

31012

Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres

375
40,58

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01600, 01601 und Kapitel 32.2, 32.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 35 **Prüfzeit:** 29 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Siehe Kommentar zu 31011.

31013

Operationvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres

412
44,59

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32125 und/oder 32110 bis 32116),
- Dokumentation und Befundmitteilung an den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Laboruntersuchungen (Nr. 32101),
- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Weiterführende Labordiagnostik (Abschnitt IV-32.2),
- Spirographische Untersuchung mit Darstellung der Flußvolumenkurve, einschl. in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01600, 01601, 03330, 04330 und Kapitel 32.2, 32.3

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 37 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Abrechnung der einzelnen erbrachten GOÄ-Leistung(en).

Kommentar:

Siehe Kommentar zu 31011.

31.2 Ambulante Operationen

31.2.1 Präambel

1. Als ambulante Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-301-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandsleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.

Kommentar:

Ambulante Operationen werden zunächst einmal wie folgt definiert:

- ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie
- Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2, ggf. einschließlich eingriffsbezogener Verbandsleistungen.

Keine operativen Eingriffe im Sinne dieses Abschnitts sind Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln sowie Kürettagen oder Shave-Biopsien der Haut. Im EBM werden die Operationenschlüssel (OPS) = Prozeduren zu alphabetisch aufgeführten Eingriffsgruppen zusammengefasst.

A	Dermatochirurgischer Eingriff
B	Eingriff an der Brustdrüse
C	Eingriff an den Extremitäten
D	Eingriff an Knochen und Gelenken
E	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)
F	Visceralchirurgischer Eingriff
G	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff
H	Proktologischer Eingriff
I	Kardiochirurgischer Eingriff
J	Thoraxchirurgischer Eingriff
K	Eingriff am Gefäßsystem
L	Schrittmacher
M	Eingriff der MKG-Chirurgie
N	Eingriff der HNO-Chirurgie
O	Peripherer neurochirurgischer Eingriff
P	Zentraler neurochirurgischer Eingriff
PP	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff
Q	Urologischer Eingriff
R	Endoskopischer urologischer Eingriff
RR	Urologischer Eingriff mit Bildwandler
S	Gynäkologischer Eingriff
T	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff
U	Extraocularer Eingriff
V	Intraocularer Eingriff
W	Laserchirurgischer Eingriff
X	Intraocularer Eingriff (Phakoemulsifikation)
Y	Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

Innerhalb dieser Eingriffsgruppen werden nach Schwierigkeitsgraden (und damit auch nach Bewertungen) Kategorien von 1 bis 7 gebildet. Diese Unterteilung erfolgt nach sogenannten Schnitt-Naht-Zeit Gruppen (SNZ):

Schnitt-Naht-Zeit Kategorie/Gruppe (SNZ)/

bis 15 Min.	Kategorie 1
15 – 30 Minuten,	Kategorie 2
30 – 45 Minuten	Kategorie 3
45 – 60 Minuten	Kategorie 4
60 – 90 Minuten	Kategorie 5
90 – 120 Minuten	Kategorie 6
über 120 Minuten	Kategorie 7

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und sich der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt hat.

Kommentar

Um Leistungen nach diesem Abschnitt abrechnen zu können, muss der Vertragsarzt

- die notwendigen sachlichen und personellen Voraussetzungen erfüllen (diese finden sich in der Vereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärer ersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V),
 - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklären.
3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.

Kommentar

In diesem Abschnitt sind alle ambulanten abrechnungsfähigen Operationen enthalten, nicht aber die Leistungen, die von Krankenhäusern erbracht werden, die ihre Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben. Letztere definieren sich durch besagten Vertrag.

4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.

5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Kommentar

Die Leistungen des Abschnittes 3.2 umfassen alle durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen:

- die Untersuchungen am Operationstag,
 - alle Verbände,
 - die ärztliche(n) Abschlussuntersuchung(en),
 - einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation sowie
 - Dokumentation und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt – letzteres aber nur fakultativ.
6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.

7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Die Untergruppen sind nach Organsystem, OP-Ausstattung und Art des Eingriffs unterteilt. Sie können von allen Arztgruppen erbracht werden, die nach Weiterbildungsordnung und Zulassung dazu berechtigt sind. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

Kommentar

Die im Anhang 2 durchgeführte Zuordnung der Leistungen dieses Abschnitts entsprechend des Operationsschlüssels nach § 301 SGB V erfolgt nach den OPS-Nummern.

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01641, 01642, 01700, 01701, 01705 bis 01707, 01708, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01735, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01915, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02325, 02326, 02327, 02328, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13421, 13423, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 19310, 19312, 19315, 19320, 20221, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701, die Versicherten- und Grundpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

Kommentar

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für den Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme (jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414)
 - 01220 bis 01222 Reanimationskomplex
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410 bis 01415 Besuche, Visite
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01602 Mehrausfertigung eines Berichtes/Briefes
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
 - Nr. 01700 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
 - Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
 - Nrn. 01705, 01706 Neugeborenen-Hörscreening,
 - Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Nr. 01708 Labor Neugeborenen-Screening
 - Nrn. 01711 bis 01723 Neugeborenen-Untersuchungen Jugendgesundheitsuntersuchung, Besuch zur Früherkennung, Sonographie Säuglingshüfte,
 - Nrn. 01730 bis 01735 Beratung zur Früherkennung
 - Nrn. 01740 bis 01742 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, Koloskopischer Komplex
 - Nr. 01743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie

31 Amb. OPs, Anästhesien, prä-, postoperative u. orthopädisch-chir. konservative Leistungen

- Nr. 01750 Röntgen Mammæ
- Nrn. 01752 bis 01755 Brustkrebsfrüherkennung
- Nr. 01770, 01771 Betreuung einer Schwangeren
- Nrn. 01772 bis 01775 Schwangerschaftssonographie
- Nrn. 01780 bis 01787 Geburtsleitung
- Nrn. 01790 bis 01792 Humangenetische Beurteilung
- Nr. 01793 Pränatale zytogenetische Untersuchung
- Nrn. 01800 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
- Nr. 01815 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin
- Nr. 01816 Clamydienscreening
- Nrn. 01820 bis 01822 Empfängnisregelung,
- Nrn. 01825 bis 01832 Empfängnisregelung
- Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis
- Nr. 01835 bis 01837 Humangenetische Beratung
- Nrn. 01838, 01839 Postnatale zytogenetische Untersuchung
- Nrn. 01840 Clamydienscreening
- Nr. 01850 Sterilisation
- Nrn. 01915 Clamydienscreening
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III (fachärztliche arztgruppenspezifische Leistungen):
 - Nrn. 13421, 13423 Koloskopie
 - Nrn. 19310, 19312, 19320 Histo-/Zytologie
- Versicherten-, Grundpauschalen und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe
 - 31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich
 - 31.5.2 Regionalanästhesie
- Versicherten-, Grundpauschalen und Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

9. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.

Kommentar

Zur Vollständigkeit der Leistungserbringung gehört schließlich die Angabe der OPS-Nummern in der gültigen Fassung – auf die Schwierigkeit, diese in der Anlage 2 zu finden, wurde bereits hingewiesen – sowie die Diagnoseangabe nach dem ICD-10-Schlüssel in der jeweils gültigen Fassung.

31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

31.6.1 Präambel

1. Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Versicherten- und/oder Grundpauschalen, die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01222, 01320, 01321, 01460, 01461,

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

31 Amb. OPs, Anästhesien, prä-, postoperative u. orthopädisch-chir. konservative Leistungen

01600 bis 01602, 01610, 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01641, 01642, 01711 bis 01718, 01722, 01723, 01747, 01748, 01770, bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01792, 01793, 01800, 01801 bis 01811, 01815, 01816, 01822, 01825 bis 01828, 01830, bis 01833, 01839, 01840, 01850, 01915, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20221, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227, 30701, 33050 und 33051 und die Gebührenordnungspositionen der Kapitel IV-32, IV-34 und IV-35 berechnet werden.

2. Wird im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 die Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

Kommentar:

Zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 31930 (Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung) und/oder 31932 (Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung) sind im Behandlungsfall abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die arztgruppenbezogenen Versicherten- und/oder Grundpauschalen
- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme
 - Nr. 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(fall)dienst,
 - Nr. 01212 Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst,
 - Nrn. 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01222 Notfallkonsultationspauschale im organisierten Not(fall)dienst, Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft im Notfall bez. organisierten Not(fall)dienst, Reanimationskomplex,
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01600 bis 01602 Ärztlicher Bericht/Brief,
 - Nrn. 01610, 01612 Bescheinigung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
 - Nrn. 01711 bis 01718 Neugeborenen-Untersuchungen Jugendgesundheitsuntersuchung
 - Nrn. 01711 bis 01718 Neugeborenen-Untersuchungen, Kinder-Untersuchungen
 - Nr. 01722 Sonographie Säuglingshüfte
 - Nr. 01723 U 7a
 - Nr. 01770, 01771 Betreuung einer Schwangeren
 - Nrn. 01772 bis 01775 Schwangerschaftssonographie
 - Nrn. 01780 bis 01787 Geburtsleitung
 - Nrn. 01790 bis 01792 Humangenetische Beurteilung
 - Nr. 01793 Pränatale zytogenetische Untersuchung
 - Nrn. 01800 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
 - Nr. 01815 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin
 - Nr. 01816 Clamydienscreening
 - Nr. 01822 Empfängnisregelung
 - Nrn. 01825 bis 01832 Empfängnisregelung
 - Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis
 - Nr. 01839 Postnatale zytogenetische Untersuchung
 - Nrn. 01840, 01842, 01843 Clamydienscreening
 - Nr. 01850 Sterilisation
 - Nrn. 01915, 01917, 01918 Clamydienscreening
 - Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
 - Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- sowie die folgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV (arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen):
 - Nrn. 33050, 33051 Sonographie
- Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor

- 34 Radiologie, CT, NMR
- 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

31900	Praktische Schulung Obligatorer Leistungsinhalt • Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln, Fakultativer Leistungsinhalt • Unterweisung der Betreuungsperson, Abrechnungsbestimmung je Sitzung	57 6,17
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31910	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel	57 6,17
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 3 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31912	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon mit Ausnahme der Leistungsinhalte der Gebührenordnungsposition 31910	111 12,01
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 6 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31914	Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	278 30,09
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 12 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31920*	Kontraktionsmobilisierung Obligatorer Leistungsinhalt Mobilisierung eines kontrakten • Kiefergelenks und/oder • Schultergelenks und/oder • Ellenbogengelenks und/oder • Hüftgelenks und/oder • Kniegelenks Anmerkung Die Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn die Kontraktionsmobilisierung in Narkose oder Regionalanästhesie als selbstständige Leistung vorgenommen wurde.	166 17,97

Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 31920 geforderte Leistungsinhalt (Regionalanästhesie) wird nicht erfüllt durch Infiltrations-, Leitungs- oder Oberflächenanästhesien.

Wird im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31920 die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.

31930*

Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung

278**30,09****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Wiederanbringung einer gelösten Apparatur am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Änderungen und/oder teilweise Erneuerung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer, und/oder
- Entfernung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen oder Apparaturen,
- Modellierende Stellungskorrektur,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

Anmerkung In der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 31930 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.

31932*

Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung

278**30,09****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- und/oder Fußfehlbildung und/oder
- Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenkes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen und/oder Apparaturen,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

Anmerkung In der Gebührenordnungsposition 31932 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.

31941

Abdrücke und Modelle I

57**6,17****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv – nicht für Kopieabdrücke -

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.

31942	Abdrücke und Modelle II	92 9,96
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe – für einen Unterarm mit Hand • und/oder – für einen Unterschenkel mit Fuß • und/oder – für einen Ober- oder Unterarm • und/oder – für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 5 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31943	Abdrücke und Modelle III	111 12,01
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder das ganze Bein	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter, • Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 6 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31944*	Abdrücke und Modelle IV	173 18,72
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 9 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31945*	Abdrücke und Modelle V	278 30,09
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)	
Aufwand in Min. GOÄ	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 12 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex nicht eindeutig übertragbar. Abrechnung der erbrachten Leistungen.	
31946*	Abdrücke und Modelle VI	295 31,93
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für	

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

31 Amb. OPs, Anästhesien, prä-, postoperative u. orthopädisch-chir. konservative Leistungen

- Rumpf und Kopf oder
- Rumpf und Arm oder
- Rumpf, Kopf und Arm

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)

Aufwand in Min.
GOÄ

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Abrechnung der erbrachten Leistungen.

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.

2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.

3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.

4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen berechnungsfähigen Parameters (z.B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition und nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Gebührenordnungsposition abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Gebührenordnungspositionen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.

6. „Ähnliche Untersuchungen“ können nur dann berechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.

7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.

8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.

9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z.B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition, soweit nichts anderes bestimmt ist.

10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.

11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den Gebührenordnungspositionen nicht enthalten.

12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.

13. In den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.

14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitions-auftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat. (gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))

15. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten in Euro gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mit. Dies gilt sinngemäß für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.

16. In Anhang 4 zum EBM sind Laborleistungen aufgeführt, die nicht bzw. nicht mehr berechnungsfähig sind. Diese Leistungen sind auch nicht als „Ähnliche Untersuchungen“ berechnungsfähig.

17. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.

Der EBM Kommentar von Wezel/Liebold führt noch an:

... **„Beschluss Nr. 800 (Abs.1 bis 3) der AG Ärzte/Ersatzkassen:**

1. Laborleistungen sowie physikalisch-medizinische Leistungen, die ein Krankenhaus als Institutsleistungen durchführt, dürfen von einem ermächtigten Krankenhausarzt nicht berechnet werden.

2. Gebietsbezogene Leistungen, die ein ermächtigter Krankenhausarzt oder Belegarzt im Krankenhaus von Angestellten des Krankenhauses für seine ambulante Praxis erbringen lässt, können von ihm nicht berechnet werden, auch wenn dem Krankenhausarzt oder Belegarzt vom Krankenhaus die allgemeine Aufsicht über diese Angestellten übertragen wurde.

3. Solche gebietsbezogenen Leistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn das Krankenhaus seine Angestellten den genannten Ärzten zur jeweiligen Leistungserbringung ausdrücklich zuordnet, der Arzt die für die Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse hat, die Leistungen vom Arzt angeordnet und unter seiner persönlichen Aufsicht und unmittelbaren Verantwortung erbracht werden...“

Kommentar

Siehe Informationen der BÄK und KBV:

- Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Gemäß dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 11.04.2014 und 20.06.2014

(https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf)

- Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-,Betriebsstätten- sowie der Praxis netznummern (http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf)

Voraussetzung für die Abrechnung aller quantitativen Laborleistungen ist die Beachtung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung. Alle Qualitätssicherungsmaßnahmen sind obligater Bestandteil der Untersuchungen.

Auch bei programmierten und/oder automatisierten Untersuchungsprofilen können entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz nur die medizinisch indizierten (d.h. notwendigen) Parameter abgerechnet werden.

Werden Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze, aus welchen Gründen auch immer, mehrfach erforderlich, können sie nur dann auch mehrfach berechnet werden, wenn sie aus mehr als einem Körpermaterial erbracht werden. Ist das nicht der Fall, ist eine mehrfache Berechnung nicht zulässig.

Bei der Erbringung einzelner Leistungen, die Bestandteil eines Komplexes sind, gilt:

- werden alle Leistungen des Komplexes erbracht, kann nur die Komplexleistung abgerechnet werden,
- werden nur einzelne Leistungen des Komplexes erbracht, sind diese isoliert abrechnungsfähig, jedoch nur bis zur Erreichung des für den Komplex festgelegten Kostenbetrages. Dieser gilt damit als Höchstbetrag.

Es gilt grundsätzlich das in der vertragsärztlichen Abrechnung bestehende Verbot einer analogen Bewertung, wie sie aus der GOÄ bekannt ist. Allerdings gibt es im Bereich der Laborleistungen hiervon Ausnahmen, die aber ausdrücklich in der Leistungsbeschreibung genannt sein müssen (z. B. bei den mikroskopischen Untersuchungen eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung die Nr. 32182).

Die Errechnungen von MCV, MCH und MCHC sind durch Errechnung aus den Werten der Blutbildparameter möglich und daher NICHT berechnungsfähig. Dies gilt auch für die rechnerische Ermittlung des LDL Cholesterins.

Die Höchstwertregelungen im Laborkapitel gelten für alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial unabhängig davon, ob die Entnahme oder die Untersuchung an einem Tag durchgeführt wird oder sich auf mehrere Tage verteilt. Gleiches gilt sinngemäß, wenn aufgrund anderer Begrenzungsregelungen die Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus demselben Körpermaterial eingeschränkt wird.

Für die Ringversuche sind besondere Referenzinstitute bestellt (QuaDeGA GmbH, Domagkstraße 1, 48149 Münster; info@quadega.uni-muenster.de).

Bei der sogenannten „patientennahen Sofortdiagnostik“ handelt es sich um Analysen mit Messgeräten zur Einzelprobenmessung wie z.B. Reflektometern zur Blutzuckerbestimmung mit Reagenzträgern (Teststreifen) oder anderen „Unit-use-Reagenzien“. Wird dies in einer Betriebsstätte erfüllt, entfällt die Zertifikatspflicht.

Dies entfällt in Krankenhäusern z.B. mit Intensivstationen nur, wenn Leistungserbringung und Qualitätssicherung bei einem Zentrallabor liegen.

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601 sind neben den Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht abrechnungsfähig.

Bei Auftragsüberweisungen zu Laborleistungen sind – wie bisher auch – Diagnosen, Verdachtsdiagnosen und Befunde mitzuteilen sowie

- bei Definitionsaufträgen die Gebührenordnungsposition bzw. die Legende der Gebührenordnungsposition,
- bei Indikationsaufträgen das konkrete Untersuchungsziel.

Im Zuge der Neufassung des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) wurde die in der alten Fassung des § 26 Abs. 6 BMV-Ä vorgenommene Regelung zum 1.10.2013 in den EBM übernommen.

Die im Anhang 4 aufgelisteten Laborleistungen fanden sich im Wesentlichen noch im EBM 2000plus, wurden jedoch durch den Bewertungsausschuss noch vor Inkrafttreten des EBM zum 1.1.2008 aus dem EBM als abrechnungsfähige Leistungen gestrichen. Der Zeitpunkt, ab dem die Leistungen nicht mehr abrechnungsfähig waren, findet sich in der ein wenig missverständlich überschriebenen Spalte „Aufnahme zum Quartal“.

Laborüberweisungen (nach Muster 10) und Anforderungsscheine für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A) können seit dem Juli 2017 elektronisch erstellt werden..

Diese digitale Inanspruchnahme ist für Ärzte und Labore freiwillig, Papiervordrucke und Blankoformularbeurteilung sind weiterhin verwendbar.

Voraussetzungen für digitale Laborüberweisungen:

- zertifizierte Praxissoftware,
- sichere Verbindung für die Datenübermittlung (z.B. KV-Connect)
- elektronischer Heilberufsausweis einschließlich Kartenterminal und Signatursoftware für die qualifizierte elektronische Signatur Das Muster 10A-Formular muss nicht unterschrieben werden.

Die inzwischen aus dem Leistungsverzeichnis des Kapitels 32 gestrichenen Positionen sind im Anhang 4 aufgeführt.

Neben einer Koronarangiographie sind Leistungen aus Kapitels 32 nicht berechnungsfähig.

32.1 Grundleistungen

1. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wird, vergütet.

Die Gebührenordnungsposition 32001 ist nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 wird der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 32001 in selektivvertraglichen Fällen im Quartal vergütet, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.

Die Wirtschaftlichkeit der von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigen-erbrachten Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 wird anhand des arztpraxispezifischen Fallwertes gemäß Nummer 2 in Form eines Wirtschaftlichkeitsfaktors nach den Nummern 4 und 5 berechnet.

Für die Ermittlung der arztpraxispezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 ist die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor gemäß den Nummern 4 und 5 zu multiplizieren.

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

2. Der arztpraxispezifische Fallwert wird – unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 – ermittelt als Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde.

Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalls für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

3. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nummer 2 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, sofern gemäß diesem Vertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 weiter als kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der kodierten Zusatznummer 88192 gegebenenfalls unter Angabe einer Kennnummer gemäß Nummer 6.

4. Sofern der arztpraxispezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.

Ist der arztpraxispezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.

Liegt der arztpraxispezifische Fallwert zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxispezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert.

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,90	2,40
7	Chirurgie	0,00	0,40
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00	2,60
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die		
	Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560	3,90	60,80
	und 08561 berechnen		
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
10	Dermatologie	0,50	2,30
11	Humangenetik	0,00	2,80
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,20	4,60
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	0,20	2,00
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	12,60	71,70
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,60	6,30
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	10,90	30,50

13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	0,30	1,50
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	22,20	55,90
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	0,80	5,20
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	8,40	35,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,90
17	Nuklearmedizin	0,10	17,90
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,40
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	0,20	1,40
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	0,00	0,40
21	Psychiatrie	0,00	0,30
26	Urologie	2,40	7,10
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,30
30.7	Schmerztherapie	0,00	0,40

5. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall gemäß der Präambel Kapitel 4 Nr. 4 im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmen sich die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte und die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich der arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwert sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Für (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der begrenzenden Fallwerte sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 arztpraxispezifisch wie folgt bestimmt:

Die jeweilige Summe der Produkte aus der Anzahl der Arztfälle des Arztes in der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert, dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert sowie der arztgruppenspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 wird dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle der berechtigten Ärzte, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde.

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GÖPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32880; 32881; 32882
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151; 32459; 32720; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32763; 32772; 32773; 32774; 32775

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	32172; 32176; 32177; 32178; 32179; 32185; 32186; 32565; 32566; 32567; 32568; 32569; 32570; 32571; 32574; 32575; 32576; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623; 32624; 32629; 32630; 32636; 32640; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32705; 32707; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32743; 32745; 32746; 32747; 32748; 32749; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32764; 32768; 32772; 32773; 32774; 32775; 32780; 32781; 32782; 32783; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32825; 32829; 32830; 32833; 32834; 32835; 32836; 32837; 32838; 32839; 32841; 32842
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120
Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen	32024	32565; 32566; 32567; 32568; 32569; 32570; 32571; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32640; 32660; 32740; 32750; 32760; 32781; 32832; 32833
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen „V“ zu versehen.		
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008	32070; 32071; 32120; 32305; 32314; 32342
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009	32380; 32426; 32427
Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011	32112; 32113; 32115; 32120; 32203; 32208; 32212; 32213; 32214; 32215; 32216; 32217; 32218; 32219; 32220; 32221; 32222; 32228
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32012	32066; 32068; 32070; 32071; 32120; 32122; 32155; 32156; 32157; 32159; 32163; 32168; 32169; 32324; 32351; 32376; 32390; 32391; 32392; 32394; 32395; 32396; 32397; 32400; 32446; 32447; 32527
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120

Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	32017	32082; 32101; 32309; 32310; 32320; 32321; 32359; 32361; 32367; 32368; 32370; 32371; 32401; 32412
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	32018	32064; 32065; 32066; 32081; 32083; 32197; 32237; 32411; 32435
HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe-oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation	32020	32374; 32379; 32784; 32843; 32844; 32901; 32902; 32904; 32906; 32908; 32910; 32911; 32915; 32916; 32917; 32918; 32939; 32940; 32941; 32942; 32943
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	32021	32058; 32066; 32070; 32071; 32520; 32521; 32522; 32523; 32524; 32824; 32828
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023	32042; 32066; 32068; 32070; 32071; 32081; 32120; 32461; 32489; 32490; 32491
Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen	32024	32565; 32566; 32567; 32568; 32569; 32570; 32571; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32640; 32660; 32740; 32750; 32760; 32781; 32832; 32833

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html
(§ 6 und § 7)

32001 **Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 (in Punkten) im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wird**

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19
4	Kinder- und Jugendmedizin	17
7	Chirurgie	3
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP	
	Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnen	37
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
10	Dermatologie	10
11	Humangenetik	3

13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	23
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
16	Neurologie, Neurochirurgie	6
17	Nuklearmedizin	23
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	6
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3
26	Urologie	15
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
30.7	Schmerztherapie	3

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32001 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach § 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht.

Abrechnungsausschluss

im Zyklusfall 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

Kommentar: Der Wirtschaftlichkeitsbonus besteht aus einer arztgruppenspezifischen fallzahlabhängigen Punktzahl, die vergütet wird. Dieser Bonus mindert sich aber, wenn die arztgruppenspezifischen und fallzahlabhängigen Budgets für **32.2 die Allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen** (erbrachte Leistungen) und **32.3. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen** (veranlasste Leistungen) überschritten werden.

Der Überschreibungsbetrag wird vom Gesamtbonus-Betrag abgezogen. Mehr als der Bonusbetrag aber wird auch bei unwirtschaftlichster Erbringung und/oder Veranlassung nicht abgezogen, d.h. die Kosten werden immer vergütet!

Die bisherige Differenzierung der Fallpunktzahlen nach Abschnitt 32.2 (Allgemeinlabor) und 32.3 EBM (Speziallabor) sowie nach Allgemeinversicherten und Rentnern entfällt ab 1. April 2018.

Die Regelungen zur Nr. 32001 und zu den Kennnummern im Abschnitt 32.1 EBM (Grundleistungen) wird übergreifend für die Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM zusammengeführt.

Sonderfall: Für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe

der begrenzenden Fallwerte sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 arztpraxispezifisch wie folgt bestimmt:

Die Summe der Produkte aus der Anzahl der Arztfälle des Arztes in der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert, dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert sowie der arztgruppenspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 wird dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle der berechtigten Ärzte, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 abgerechnet wurde.

Die EBM Nr. 32001 kann neu auch neben praeoperativen Leistungen abgerechnet werden. Die KV Hessen informiert umfassend zum Wirtschaftlichkeitsbonus unter: https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Mitglieder/Unternehmen_Praxis/PraxisInformation_KBV/180321_Praxisinformation_Labor_Wirtschaftlichkeitsbonus_inkl_Anlagen.pdf

und gibt auch Rechenbeispiele an unter:

https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Mitglieder/Abrechnung_und_Honorar/Alles_fuer_Ihre_Abrechnung/EBM/EBM-Aenderungen_01_04_2018/180220_Laborreform_Rechenbeispiele%20Wirtschaftlichkeitsbonus.pdf

Siehe auch unter Kapitel 32 Erläuterungen zur Laborreform 01.04.2018 (pdf).

32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 4 SGB V. Der tatsächliche Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil A Nr. 8.

2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

3. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

Kommentar:

Abschnitt 32.2: Höchstwerte

32118	Höchstwert zu den Nrn. 32110 bis 32116	1,55 Euro
32139	Höchstwert zu den Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 in den beiden ersten Quartalen der Substitutionsbehandlung	125,00 Euro
32138	Höchstwert zu den Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 ab dem dritten Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung	64,00 Euro

Der Arzt berechnet die beim Patienten erbrachten Laboratoriumsleistungen –sofern es keine besonderen Angaben seiner KV gibt. Sie Höchstwert-Umsetzung führt die KV durch.

Nach Kommentar von Wezel/Liebold gilt: ... „Diese Höchstwerte – wie auch die im Abschnitt 32.3 genannten – beziehen sich auf die aufgeführten Nummern und das Körpermaterial unabhängig davon, ob die Entnahme an einem oder zwei aufeinanderfolgenden Tagen und die Bestimmung an verschiedenen Tagen erfolgten.

Die Höchstwerte stellen keine eigenständigen Leistungen dar.

Leistungen des Abschnitts 32.2 können nicht neben den Präoperativen Gebührenordnungspositionen (Unterabschnitt 31.1.2) berechnet werden...”

Befundberichte

Für die Mitteilung von Befunden der Leistungen nach Abschnitts 32.2 können Befundberichte/Arztbriefe nicht berechnet werden.

Beziehen sich Befundbericht oder Arztbrief hauptsächlich auf Ergebnisse anderer ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen, ist die Abrechnung möglich, auch wenn dabei einige Laborwerte mit aufgeführt werden. Dies gilt nicht für die Übermittlung der Ergebnisse abgerechneter Leistungen der

- Reproduktionsmedizin,
- Humangenetik,
- Nuklearmedizin,
- Histologie und Zytologie (Kapitel 19),
- diagnostischen Radiologie
- Strahlentherapie.

Meldepflichtige Krankheiten oder meldepflichtiger Erregernachweisen

Wichtige Informationen zu meldepflichtigen Krankheiten oder meldepflichtigen Erregernachweisen erhalten Sie über die Web-Seite des Robert Koch Institutes:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html u.a.

- Meldebögen
- Falldefinitionen
- Belehrungsbögen
- Nosokomiale Infektionen

32.2.1 Basisuntersuchungen

1. Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn ist nicht berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.

Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig.

32025

Glucose

1,60

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01732, 32057, 32880, 32881, 32882
im Behandlungsfall 01812

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3516*, 3560*

Kompendium KBV: Die GOP 32025 kann nach derzeitigem Kenntnisstand bei Durchführung der Analyse mittels folgender Verfahren berechnet werden:

Glukose-Oxidase-, Glukose-Hexokinase-, Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-, Glukose-Hydrogenase-Methode, Glukose-Elektrode.¹Die Erbringung der GOP 32025 ist auch mittels Teststreifen/ Unit-use-Reagenzien möglich. Die GOP 32025 ist nicht neben GOP 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig, sowie am Behandlungstag neben der GOP 01812.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar:

GOP 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in der Laborgemeinschaft nicht berechnungsfähig.

GOP 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.

32026

TPZ (Thromboplastinzeit)

4,70

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32113, 32114

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3530*, 3607*

Kompodium KBV: Die GOP 32026 kann nach derzeitigem Kenntnisstand bei Durchführung der Analyse mittels folgender Verfahren berechnet werden:

koagulometrische Methode nach Quick, chromogene Methode.¹Die Erbringung der GOP 32026 ist auch mittels Teststreifen/ Unit-use-Reagenzien möglich. Die GOP 32026 ist nicht neben GOP 32113 und 32114 berechnungsfähig.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: GOP 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in der Laborgemeinschaft nicht berechnungsfähig.

GOP 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.

32027 D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien) 15,30

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.

Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32025 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32026 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32027 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32117 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32025 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32117

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3935*, 3937*

Kompodium KBV: Die GOP 32027 kann nach derzeitigem Kenntnisstand bei Durchführung der Analyse mittels folgender Verfahren berechnet werden:

Latexagglutintest, proteinchemischer, turbidimetrischer oder nephelometrischer Nachweis, Nachweis mittels Enzymimmunoassay (EIA).¹Die Erbringung der GOP 32027 ist nicht mittels Teststreifen möglich. Semiquantitative oder qualitative D-Dimer-Bestimmungen sind nicht mit der GOP 32027 berechnungsfähig. Die GOP 32027 ist nicht neben der GOP 32117 berechnungsfähig.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32030 Orientierende Untersuchung 0,50

Obligatorer Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter
 - Reagenzträger
 oder
 - Reagenzzubereitungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Apparative Auswertung,
- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

Anmerkung Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig.

Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01732, 32880, 32881, 32882

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3511*, 3652* (Streifentest)

Kompodium KBV: Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn, ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure, sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn sind nicht berechnungsfähig. Die für diese Analysen benötigten Teststreifen können über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Sie sind nicht gesondert mit der GOP 32030 berechnungsfähig.¹

Teststreifen, die neben der qualitativen Harnuntersuchung auf Eiweiß und/oder Glukose (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie des pH-Wertes weitere Untersuchungsmöglichkeiten enthalten, können nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Die Leistungserbringung ist dann mit der GOP 32030 berechnungsfähig.

Die GOP 32030 ist nicht neben GOP 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Unter diese Leistung fallen die qualitativen und semiquantitativen Untersuchungen mit sogenannten Teststäbchen/Testdtreifen. Weiterhin gehören zu dieser Nr. die LH--Ovulationsteste mit Teststreifen, die Nitritprobe außerhalb der Mutterschaftsvorsorge, der Onkoscreen-PSA-Test, Bestimmung der Osmolalität, der Flagyltest, der KOH--Test und die Untersuchungen auf Ketokörper und Katecholamine im Urin.

32031 Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile

0,25

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3531*, 3653*

Kompodium KBV: Nach dieser GOP sind Untersuchungen des Harnsediments auch bei Verwendung von konfektionierten Testmaterialien, berechnungsfähig.¹

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Nach Nr. 32031 ist die Untersuchung des Harnsediments abrechenbar.

32032 Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung (außer im Harn)

0,25

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 3714*

Kompodium KBV: Die pH-Wert-Bestimmung im Urin ist nicht berechnungsfähig.

Bestimmungen in anderen Körpermaterialien, z. B. im Scheidensekret zur Risikoabschätzung einer Frühgeburt, sind nur dann mit der GOP 32032 berechnungsfähig, wenn sie mittels apparativer Messung durchgeführt werden.¹

Bestimmungen des pH-Wertes mit Indikator-Papier bzw. Teststreifen sind mit der GOP 32030 zu berechnen.¹

Die Bestimmung des pH-Wertes im Blut im Rahmen der Blutgasanalyse kann nicht separat mit der GOP 32032 berechnet werden.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 einzeln berechnungsfähig.

32035 Erythrozytenzählung

0,25

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3504*

Kommentar: Nur in Akut- bzw. Notfällen können die Leistungen nach den Nrn. 32035 bis 35039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor nebeneinander berechnet werden. Werden von den Leistungen nach den EBM-Nrn. 32035 bis 32039 zwei oder mehr Parameter bestimmt, so ist die Nr. 32120 abzurechnen.

32036	Leukozytenzählung	0,25
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3505*	
Kommentar:	Nur in Akut- bzw. Notfällen können die Leistungen nach den Nrn. 32035 bis 35039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor nebeneinander berechnet werden.	
32037	Thrombozytenzählung	0,25
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3506*	
32038	Hämoglobin	0,25
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3517*	
32039	Hämatokrit	0,25
GOÄ	Anmerkung Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 einzeln berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig. Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3503*	
32041	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	1,65
GOÄ	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 40152 entsprechend oder ähnlich: Nr. A 3734*	
Kompodium KBV:	Mit der GOP 32041 ist der immunologische Nachweis von Albumin im Stuhl berechnungsfähig. Während für den Guajak-Test stets drei Testbriefchen auf einmal dem Patienten für die Probensammlung ausgehändigt und nach Rückgabe vom Arzt ausgewertet werden, genügt es im Allgemeinen, den Albumin-Test einzeln und höchstens zweimal durchzuführen, weil die Sensitivität des Tests bei Untersuchung von drei Stuhlproben nicht höher ist als bei zwei Proben. Eine zweite Untersuchung ist bei positiver erster Probe überflüssig. ¹ Die Kosten für das überlassene Testmaterial sind in der Bewertung der GOP 32041 bereits enthalten. Kann eine Auswertung nicht erfolgen, weil z. B. der Patient das Testbriefchen nicht zurückgegeben hat, kann anstelle der GOP 32041 die Pauschale nach GOP 40152 berechnet werden. ¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012	
Tipp:	Ggf. Kostenpauschale Nr. 40152 für ausgegebene Testbriefchen zum Nachweis Albumin im Stuhl, wenn die Leistungen nach nicht erbracht werden konnte (z.B. Testbriefe nicht an die Praxis zurück gebracht oder in einem Zustand, der eine Bestimmung nicht zulässt).	
32042	Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3501*, 3711*	

32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen

32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	0,25
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Nativpräparat (z.B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden und Treponemen) und/oder	

- Nach einfacher Färbung (z.B. mit Methylenblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01827**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3508*, 3509*

Kompensations KKV: Die GOP 32045 ist je Körpermaterial nur einmal berechnungsfähig, auch wenn z. B. ein einfach gefärbtes Präparat neben einem Nativpräparat untersucht wird.Als Nativpräparat sind u. a. Untersuchungen auf Pilze im ungefärbten Präparat, Trichomonaden und der Postkoitaltest (Sims-Huhner-Test) oder andere Penetrationstests berechnungsfähig.¹

Auch die Suche nach Wurmeiern oder Skabiesmilben in einem Nativpräparat ohne Anreicherung oder in einem einfach gefärbten Präparat ist mit der GOP 32045 zu berechnen.

Die GOP 32171 wurde zum 01.07.2007 aus dem EBM gestrichen. Die Untersuchung auf Treponemen ist folglich nur noch nach GOP 32045 berechnungsfähig.

Die Untersuchung eines Körpermaterials mittels industriell vorgefärbter Objektträger kann mit der GOP 32045 berechnet werden, soweit die Untersuchung nicht durch eine andere GOP bereits erfasst ist (z. B. GOP 32047, 32051). Die mikroskopische Untersuchung von aus Körpermaterial angezüchteten Bakterien ist mit GOP 32720 bis 32727 und 32740 bis 32748 bereits abgegolten.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012**Kommentar:** Die Leistung ist je Körpermaterial nur einmal berechnungsfähig, auch wenn sowohl ein Nativpräparat als auch ein eingefärbtes Material untersucht werden. Diese Leistung kann auch zur Mikroskopie nach Dünndarmsaugbiopsie verwendet werden, bei der Suche nach Wurmeiern und auch bei einfachen Nativpräparaten.

Wird die Leistung im Rahmen der Empfängerregelung durchgeführt, ist die EBM-Nr. 01827 abzurechnen.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047, 32050**Abrechnungsbestimmung** je Untersuchung**32046****Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten****0,40****GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3689*

32047**Retikulozytenzählung****0,40****Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 32120, 32122, 32125**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3552*

Kommentar: Die Abrechnung der Nr. 32047 neben der Nr. 32051 ist nicht ausgeschlossen.**32050****Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach Gram-Färbung****0,40****GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3510*

Kompensations KKV: Die regelhafte Durchführung eines Grampräparates bei kombinierten Eintauchnährböden (z. B. Uricult), Stuhlkultur und Stuhluntersuchung auf Pilze ist nach derzeitigem Kenntnisstand fachlich nicht begründbar.

Die GOP 32050 ist lt. Leistungslegende für die mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach Gram-Färbung berechnungsfähig. (*)

Auch bei Durchführung mehrerer Gram-Präparate aus demselben Untersuchungsmaterial ist die GOP 32050 nur einmal berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32051 Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches **0,40**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32121, 32122

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3502*

Kommentar: Die Abrechnung Nr. 32047 neben der Nr. 32051 ist nicht ausgeschlossen.

32052 Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch Kammerzählung der Zellen im Sammelharn, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count) **0,25**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3654*

Kompodium KBV: Nach der GOP 32052 sind nur quantitative Zellzählungen im Sammelharn mittels Zählkammer (z. B. sog. Addis-Count) berechnungsfähig. (*) Neben der GOP 32052 sind die Leistungen nach GOP 32035 und 32036 für die Erythrozyten- und Leukozytenzählung im Harn nicht berechnungsfähig.

Für die Kammerzählung im Spontanurin und die standardisierte quantitative Untersuchung des Urinsediments mit vorgefertigten Systemen ist die GOP 32031 anzusetzen.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen

32055 Quantitative Bestimmung eines Arzneimittels (z.B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z.B. Reflexionsmessung), **2,05**

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz z.B. der Nr. A 3733* (Theophyllin)

Kommentar: Werden die Arzneimittel nicht trockenchemisch untersucht, sind z.B. bei chromatographischer Bestimmung die Nrn. 32305 ff. oder bei Immunassay die Nrn. 32330–32332, 32340 bis 32346 zu berechnen.

Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087.

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32056 Gesamteiweiß **0,25**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3573.H1*

Kommentar: Bei Bestimmung mittels trägergebundener Reagenzien im Labor der eigenen Praxis als Einzelbestimmung kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.

32057 Glukose **0,25**

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 01812

in derselben Sitzung 01732, 32025, 32125, 32880, 32881, 32882

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3514*, 3560*

Kompodium KBV: Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests, z. B. oraler Glukosetoleranz-Test, sind entsprechend der Anzahl durchgeführter Glukosebestimmungen mit Mehrfachansatz der GOP 32057 zu berechnen.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 32057 kann 3x beim Oral-Glukosetoleranztest abgerechnet werden. Eine Abrechnung der Glukosebestimmung im Harn beim Oral-Glukosetoleranztest oder in sonstigen Fällen ist nach der EBM-Nr. 32057 zusätzlich abrechenbar.

Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.

32058	Bilirubin gesamt	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3581.H1*	
Kommentar:	Eine Bestimmung des Bilirubin direkt kann zusätzlich mit Nr. 32059 berechnet werden.	
32059	Bilirubin direkt	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3582*	
Kommentar:	Eine Bestimmung des Bilirubin gesamt kann zusätzlich mit Nr. 32058 berechnet werden.	
32060	Cholesterin gesamt	0,25
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01732, 32880, 32881, 32882 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3562.H1*	
32061	HDL-Cholesterin	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3563.H1*	
32062	LDL-Cholesterin	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3564.H1*	
Kompodium KBV:	Die GOP 32062 ist nur berechnungsfähig, wenn LDL-Cholesterin auf analytischem Wege bestimmt worden ist. Bei Ableitung des LDL-Cholesterins aus anderen Messgrößen, z. B. durch die Friedewald-Formel, ist die GOP 32062 nicht berechnungsfähig.	
Kommentar:	Wird die LDL-Cholesterin-Konzentration rechnerisch bestimmt, so ist dies nicht berechnungsfähig.	
32063	Triglyceride	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3565.H1*	
32064	Harnsäure	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3518*, 3583.H1*	
Kommentar:	Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.	
32065	Harnstoff	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3584.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	0,25
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32125 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3520*, 3585.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32067	Kreatinin, enzymatisch	0,40
GOÄ	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32125 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3520*, 3585.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32068	Alkalische Phosphatase	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3587.H1*	
32069	GOT	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3515*, 3594.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	

32070	GPT	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3516*, 3595.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32071	Gamma-GT	0,25
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32125	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3513*, 3592.H1*	
32072	Alpha-Amylase	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3512*, 3588.H1*	
Kommentar:	Werden zusätzlich organspezifische Isoenzyme bestimmt, ist ein mehrfacher Ansatz der EBM-Nr. 32072 möglich. Wird die Amylase im Serum und im Sammelurin bestimmt, kann die Nr. 32072 entsprechend 2x berechnet werden. Die qualitative Bestimmung der Diastase im Urin ist nur nach Nr. 32030 abrechnungsfähig. Siehe auch Kommentar Nr. 32064.	
32073	Lipase	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3521*, 3598.H1*	
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32074	Creatinkinase (CK)	0,25
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32150	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3590.H1*	
Kommentar:	Für die Creatin-Kinase ist auch der Begriff CPK gebräuchlich. Unter dieser Nr. sind auch Bestimmungen der CK-NAC abrechenbar. Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden. Die Abrechnung der CK-MB erfolgt nach Nr. 32092. Siehe Kommentar Nr. 32064.	
32075	LDH	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3597.H1*	
32076	GLDH	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3593.H1*, 3778*	
32077	HBDH	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3596.H1*	
32078	Cholinesterase	0,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3589.H1*	
32079	Saure Phosphatase	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3599*	
32081	Kalium	0,25
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32125	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3519*, 3557*	
Kommentar:	Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.	
32082	Calcium	0,25
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3555*	

Kommentar: Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.

32083 Natrium 0,25

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3558*

Kommentar: Wird die Leistung mit trägergebundenen Reagenzien innerhalb der Praxis als Einzelbestimmung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 32089 berechnet werden.

32084 Chlorid 0,25

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3556*

32085 Eisen 0,25

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3620*

Kommentar: Im Rahmen des Eisenbelastungstestes kann die Leistung nach Nr. 32085 insgesamt 3x abgerechnet werden.

32086 Phosphor anorganisch 0,40

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3580.H1*

32087 Lithium 0,60

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32057 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32025, 32125 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32060 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32074 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 32066, 32067, 32071 und 32081 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32125 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32057 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4214*

32089 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32057, 32064, 32065 oder 32066 oder 32067, 32069, 32070, 32072 oder 32073, 32074, 32081, 32082 und 32083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Arztpraxis als Einzelbestimmung(en), 0,80

Abrechnungsbestimmung je Leistung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32089 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z.B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so nicht in der GOÄ vorhanden, ggf. Nr. 3511* Trockenchemie

Kommentar: Da in der Leistungslegende von einer Bestimmung innerhalb der eigenen Praxis gesprochen wird, sind Leistungen, die in Laborgemeinschaften durchgeführt werden, nicht abrechenbar.

Quantitative Bestimmung

32092 CK-MB 1,15

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32150

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3591.H1*, 3788*

Kommentar: Unter diese Leistung fällt auch die Bestimmung von

- CK-MB-NAC,
- CK-BB,
- CK-MM.

Die Bestimmung von Creatinkinase wird nach 32074 berechnet.

32094 Glykierte Hämoglobine (z.B. HbA1 und/oder HbA1c) **4,00**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3561*

Kompodium KBV: Glykierte Hämoglobine liegen in mehreren Fraktionen vor, die chromatographisch, photometrisch, elektrophoretisch oder immunologisch bestimmt werden können. Unabhängig von der angewandten Methode und der Art der Fraktion ist die Leistung nach GOP 32094 nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehrere Fraktionen gleichzeitig untersucht werden. Glykierte Hämoglobine sind unabhängig von der verwendeten Methode ausschließlich mit der GOP 32094 zu berechnen.

Kommentar: Werden Unterfraktionen des HbA bestimmt, so kann die Leistung nach Nr. 32094 trotzdem nur einmal abgerechnet werden.

Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay,

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur berechnungsfähig bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung.

Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften.

32097 Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP **19,40**
 und/oder MR-ANP je Untersuchung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4033*

Kompodium KBV: Die GOP 32097 ist nur berechnungsfähig bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung. Die GOP 32097 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften.

Die Bestimmung kann mittels Enzymimmuno- (EIA), Fluoreszenzimmuno- (FIA), Lumineszenzimmuno- (LIA) oder Radioimmunoassay (RIA) erfolgen. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32101 Thyrotropin (TSH) **3,00**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur berechnungsfähig bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung. Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4030.H4*

Kompodium KBV: TSH gilt als der wichtigste Laborwert bei der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen und bei der Beurteilung der Schilddrüsenhormon-Stoffwechsellaage unter Therapie sowie vor diagnostischen Eingriffen mit jodhaltigen Kontrastmitteln. Im Regelfall wird bei Patienten ohne schwere Allgemeinerkrankung bei Verdacht auf Schilddrüsenerkrankung primär das TSH bestimmt und abhängig vom Resultat der ggf. weitere diagnostische Ablauf bestimmt.

Die Bestimmung der Gesamthormone T3 und T4 wurde zum Quartal 3/2007 in den Anhang IV der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen des EBM übernommen.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 32101 kann für den TSH-Stimulationstest 2x in Ansatz gebracht werden.

Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32103 Immunglobulin A (Gesamt-IgA) **0,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3571*

Kompodium KBV: Als immunochemische Methoden gelten z. B. die radiale Immundiffusion (Mancini-Technik), die Immunnephelometrie oder die Immunturbidimetrie. (*) Die Bestimmung der Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) im Serum ist nur nach GOP 32103, 32104 und 32105 berechnungsfähig und kann nicht der GOP 32455 „Ähnliche Untersuchung“ zugeordnet werden. Die Bestimmung

der Immunglobuline in anderen Körpermaterialien, z. B. im Liquor oder Harn, ist nach den dafür vorgesehenen GOP des Kapitels 32.3 berechnungsfähig (GOP 32448, 32449).(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32104 Immunglobulin G (Gesamt-IgG) **0,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3571*

Kompendium KBV: Siehe Nr. 32103.

32105 Immunglobulin M (Gesamt-IgM) **0,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3571*

Kompendium KBV: Siehe Nr. 32103.

32106 Transferrin **0,60**

GOÄ Nrn. 3575*

Kompendium KBV: Als immunochemische Methoden gelten z. B. die radiale Immundiffusion (Mancini-Technik), die Immunnephelometrie oder die Immunturbidimetrie.(*)

Die Bestimmung der Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) im Serum ist nur nach GOP 32103, 32104 und 32105 berechnungsfähig und kann nicht der GOP 32455 „Ähnliche Untersuchung“ zugeordnet werden.

Die Bestimmung der Immunglobuline in anderen Körpermaterialien, z. B. im Liquor oder Harn, ist nach den dafür vorgesehenen GOP des Kapitels 32.3 berechnungsfähig (GOP 32448, 32449).(*)

Die Bestimmung von Transferrin ist nicht nach GOP 32455 „Ähnliche Untersuchungen“ berechnungsfähig, sondern nur nach GOP 32106.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32107 Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung **0,75**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3574.H1*

Kommentar: Für spezielle elektrophoretische Trennungen von humanen Proteinen ergeben sich folgende EBM-Nummern, z.B.

- 32465 Oligoklonale Banden im Liquor und im Serum
- 32466 Harnproteine
- 32467 Lipoproteine einschl. Polyanionenpräzipitation
- 32468 Hämoglobine
- 32469 Isoenzyme der alkalischen Phosphatase
- 32470 Isoenzyme der Creatin-Kinase
- 32471 Isoenzyme der Laktatdehydrogenase
- 32472 Alpha-1-Antrypsin
- 32473 Acetylcholinesterase
- 32474 Proteine im Punktat
- 32476 Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren
- 32477 Immunfixationselektrophorese
- 32478 Immunfixationselektrophorese

32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32116 beträgt 1,55 Euro.

32110 Blutungszeit (standardisiert) **0,75**

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3932*

32111	Rekalifizierungszeit Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz Nr. 3946*	0,75
GOÄ		
32112	Partielle Thromboplastinzeit (PTT) Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3605*, 3946*	0,60
GOÄ		
32113	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741; in derselben Sitzung 32026 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3530*, 3607*	0,60
GOÄ		
Kommentar:	Die Untersuchung beschreibt den Quick-Wert. Wird die Bestimmung im Kapillarblut, durchgeführt ist die höherbewertete Nr. 32114 zu berechnen. Der Höchstwert der Nrn. 32110 bis 32116 beträgt 1,55 Euro.	
32114	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 in derselben Sitzung 32026 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3530*, 3607*	0,75
GOÄ		
32115	Thrombingerinnungszeit (TZ) Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3606*	0,75
GOÄ		
32116	Fibrinogenbestimmung Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3933*, 3934*	0,75
GOÄ		
32117	Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten (z.B. D-Dimere) Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 in derselben Sitzung 32027 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3935*, 3937*	4,60
GOÄ		
Kompendium KBV:	Leistungsinhalt der GOP 32117 sind qualitative oder semiquantitative Schnelltests zum Nachweis von Spaltprodukten, die bei der plasmatischen Gerinnung der Fibrinolyse auftreten (z. B. D-Dimer-Bestimmung zum Ausschluss einer Lungenembolie oder einer Beinvenenthrombose). Die quantitative Bestimmung, z. B. zur Verlaufskontrolle, ist entsprechend der GOP 32212 berechnungsfähig.(*)Die GOP 32117 ist nicht neben der GOP 32027 berechnungsfähig sowie am Behandlungstag nicht neben der GOP 01741. (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012	
Kommentar:	Eine quantitative Bestimmung ist nach Nr. 32212 abrechenbar.	

32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120	Bestimmung von mindestens zwei der folgenden Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01741 in derselben Sitzung 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32047, 32122, 32125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3550*	0,50
GOÄ		

Kommentar: Diese Leistung wird allgemein als „Kleines Blutbild“ bezeichnet. Neben dieser Leistung können die vollständigen mikroskopischen oder mechanisierten Differenzierungen nach den Nrn. 32051 und 32121 abgerechnet werden.

32121 Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt 0,60

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32051, 32122
entsprechend oder ähnlich: Nr. 3551*

GOÄ

Kommentar: Ggf. Zuschlag nach Nr. 32123 (für nachfolgende mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches) abrechnen.

32122 Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren 1,10

Obligatorer Leistungsinhalt

- Hämoglobin,
- Hämatokrit,
- Erythrozytenzählung,
- Leukozytenzählung,
- Thrombozytenzählung,
- Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Mechanisierte Zählung der Retikulozyten,
- Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32047, 32051, 32120, 32121, 32125

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3550* + 3551*

Kommentar: In der Praxis wird diese Leistung allgemein als „Großes Blutbild“ bezeichnet. Ggf. Zuschlag nach Nr. 32123 (für nachfolgende mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches) abrechnen.

32123 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32121 oder 32122 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches 0,40

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3502*, 3680*

32124 Bestimmung der endogenen Kreatininclearance 0,80

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32197

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3615*

Kompodium KBV: Die GOP 32124 ist nicht neben der GOP 32197 berechnungsfähig, da die Bestimmung der Kreatininclearance fakultativer Leistungsinhalt der GOP 32197 ist.

32125 Bestimmung von mindestens sechs der folgenden Parameter: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural) 1,45

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32047, 32057, 32066, 32067, 32071, 32081, 32120, 32122

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Einzelne Labor-Parameter abrechnen.

32.2.6 Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen

Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32128 C-reaktives Protein 1,15

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3524*

Kompendium KBV: Immunologische Nachweismethoden basieren auf einer spezifischen Antigen-Antikörper-Reaktion und sind in der Regel empfindlicher als quantitative chemische Nachweismethoden, die nur dann als gleichwertig in Bezug auf die Berechnungsfähigkeit dieser GOP angesehen werden können, wenn sie die gleiche untere Nachweisgrenze erreichen wie die korrespondierenden immunologischen Verfahren.(*)

GOP 32128 bis 32136 dürfen je GOP pro Körpermaterial nur einmal berechnet werden, auch wenn mehrere Probenverdünnungen durchgeführt werden müssen.

Mit der GOP 32128 ist die qualitative und semiquantitative Bestimmung von CRP berechnungsfähig (z. B. CRP-Bestimmung mittels Testkartensystemen).

Die Berechnungsfähigkeit der GOP 32460 setzt die quantitative Bestimmung von CRP mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren voraus.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Semi-quantitative Tests sind nach Nr. 32128 zu berechnen. Für die quantitative Bestimmung des CRPs ist die Nr. 32460 abzurechnen.

32130 Streptolysin O-Antikörper (Antistreptolysin) 1,15

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3523*

Kommentar: Die quantitative Untersuchung von Antikörpern fällt unter Nr. 32560

32131 Gesamt-IgM beim Neugeborenen 2,15

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3884*

32132 Schwangerschaftsnachweis 1,30

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3528*, 3529*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32128.

Kommentar: Die Nr. 32132 kann nur im Rahmen kurativer Behandlung berechnet werden. Im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs ist der Test fakultativer Bestandteil der Leistung nach Nr. 01900.

32133 Mononucleose-Test 2,05

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3525*

Kommentar: Unter diese Leistung fallen auch die sogenannten Schnelltests.

32134 Myoglobin 3,00

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32150

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3755*

Kommentar: Nach dieser Leistung kann der Schnelltest auf Latexbasis berechnet werden.

32135 Mikroalbuminurie-Nachweis 1,55

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3736*

Kompendium KBV: Der Nachweis einer geringgradigen erhöhten Albuminausscheidung im Urin erfordert Methoden, die eine Nachweisgrenze von Albumin im Konzentrationsbereich zwischen 20 bis 30 mg/l aufweisen. Übliche Teststreifen zum Nachweis von Eiweiß im Urin können aufgrund ihrer zu geringen Empfindlichkeit für diese Untersuchung nicht herangezogen werden.

Die Bestimmung an drei aufeinanderfolgenden Tagen kann aus Gründen von Schwankungen in der Proteinausscheidung als sachgerecht angesehen werden. Auf eine eindeutige Kennzeichnung der Proben durch den Einsender ist hierbei zu achten.

Die quantitative nephelometrische Bestimmung von Albumin im Urin ist mit der GOP 32435 berechnungsfähig.

Kommentar: Die quantitative Bestimmung ist nach Nr. 32435 zu berechnen.

32136 Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis 1,85

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3754*

Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147

Abrechnungsbestimmung je Substanz und/oder Substanzgruppe

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32292

32137 Buprenorphinhydrochlorid **3,05**

Abrechnungsbestimmung je Substanz und/oder Substanzgruppe

Kompodium KBV: Unter einem „Suchtest“ wird in diesem Zusammenhang nach derzeitigem Kenntnisstand eine qualitative Untersuchung verstanden. Mit den verfügbaren Testreagenzien können entweder Einzelsubstanzen oder die jeweilige Substanzgruppe nachgewiesen werden, der die Droge angehört (*). Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach GOP 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 €.

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach GOP 32137 und 32140 bis 32148 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 €.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32140 Amphetamin/Metamphetamin **3,05**

Kompodium KBV: Siehe Nr. 32137.

32141 Barbiturate **3,05**

Kompodium KBV: Siehe Nr. 32137.

32142 Benzodiazepine **3,05**

Kompodium KBV: Siehe Nr. 32137.

32143 Cannabinoide (THC) **3,05**

Kompodium KBV: Siehe Nr. 32137.

32144 Kokain **3,05**

32145 Methadon **3,05**

32146 Opiate (Morphin) **3,05**

32147 Phencyclidin (PCP) **3,05**

Abrechnungsbestimmung 32137–32147 je Substanz und/oder Substanzgruppe

Abrechnungsausschluss 32137–32147 in derselben Sitzung 32292

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung so nicht in der GOÄ vorhanden, ggf. Nr. 3511*

32148 Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z.B. elektrochemisch, im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **1,00**

Anmerkung Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 Euro.

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 Euro.

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 01955

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden.

32150 Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung 11,25

Anmerkung Die Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32150 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als 3 Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32074, 32092, 32134, 32450
entsprechend oder ähnlich: Nr. A 3732*

GOÄ

Kompendium KBV: Die Untersuchung nach GOP 32150 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als drei Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann. Unter einem akuten koronaren Syndrom werden instabile Angina pectoris und Myokardinfarkt zusammengefasst. Die Bestimmung der herzmuskelspezifischen Proteine Troponin I und/oder Troponin T kann nur bei diesen Indikationen oder bei einem entsprechenden Verdacht berechnet werden. (*)

Die potenzielle Auswertung mit einem Ablesegerät gehört zum Leistungsinhalt der GOP 32150.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen**32151 Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung 1,15****Obligater Leistungsinhalt**

- Kulturelle bakteriologische Untersuchung und/oder
- Kulturelle mykologische Untersuchung,
- Verwendung eines
 - Standardnährbodens und/oder
 - Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z.B. Eintauchnährböden)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende Keimzahl-schätzung(en),
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),
- Einfache Differenzierung(en) (z.B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)

Abrechnungsausschluss am Behandlungstag 32720

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4605*

Kompendium KBV: Nach der GOP 32151 sind einfache mykologische und bakteriologisch kulturelle Untersuchungen berechnungsfähig, die nicht den Umfang der kulturellen Leistungen nach GOP 32687 (mykologische Untersuchungen) bzw. 32720 bis 32747 (bakteriologische Untersuchungen) erreichen. (*)

So gehören Untersuchungen mit nur einem festen oder flüssigen Nährboden oder mit einem Nährbodenträger zum Leistungsinhalt der GOP 32151. Aufgrund der jeweiligen „und/oder“-Verknüpfungen ist die Leistung nach GOP 32151 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn auf einem Eintauchnährboden mehrere Nährböden aufgebracht sind oder wenn neben einer einfachen bakteriologischen auch eine einfache mykologische Untersuchung durchgeführt wird.

Ein typisches Beispiel für die Leistung nach GOP 32151 ist die bakteriologische Urinuntersuchung mittels Eintauchnährboden sowie die Untersuchung eines Haut-, Schleimhaut-, Vaginalabstriches einschließlich von Vaginalsekret, einer Stuhl- oder Urinprobe auf (Hefe-) Pilze. Bei dieser Pilzinfektion ist die Verwendung eines einzigen Pilznährbodens in der Regel

diagnostisch ausreichend und Anreicherungen oder Langzeitkultivierungen sind nicht erforderlich. (*)

Fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist auch die nachfolgende mykologische grob-orientierende Differenzierung. (Nachweis von Pseudomycel und/oder Chlamydosporen auf Reisagar). (*)

Die Aufwendungen für Materialien sind mit der GOP 32151 abgegolten, können nicht gesondert in Rechnung gestellt und nicht als Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Pilzuntersuchungen im Stuhl im Rahmen von z. B. Dysbakterieuntersuchung, Dysbiose, Kyberstatus oder intestinalem Ökogramm stellen nach derzeitigem Stand keine GKV-Leistungen dar. Auch in den „Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik“ der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Nr. 9 „Infektionen des Darms“, 2000, werden sog. „Dysbiose- oder Dysbakterie-Untersuchungen“ als nicht ausreichend gesicherte und nicht indizierte Methoden bewertet.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Die Leistung ist auch dann nur einmal abrechnungsfähig, wenn neben einer einfachen bakteriologischen auch eine einfache mykologische Untersuchung durchgeführt wird.

32152 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr 2,55

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 4500*

Kompodium KKV: Ein positives Ergebnis in dem Schnelltest kann den Verdacht auf eine A-Streptokokken-Infektion schnell klären. Bei bestehendem Infektionsverdacht kann ein negativer Schnelltest durch nachfolgende kulturelle Untersuchung abgesichert werden. Diese kulturelle Untersuchung ist dann nach GOP 32151 oder 32740 ggf. zusätzlich zu GOP 32152 berechnungsfähig. (*)

Wird der Schnelltest auf A-Streptokokken Gruppenantigene bei Patienten nach Vollendung des 16. Lebensjahres erbracht, so kann diese Leistung nur nach der GOP 32030 berechnet werden.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen

32880 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung) unter Nutzung eines Teststreifens. Erfolgt die Untersuchung nicht unmittelbar nach Gewinnung des Urins ist durch geeignete Lagerungs- und ggf. Transportbedingungen sicherzustellen, dass keine Verfälschungen des Analyseergebnisses auftreten können. 0,50

Obligatorer Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (Nr. 32030)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32025, 32030, 32057, 32060

32881 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung) 0,25

Fakultativer Leistungsinhalt

- Quantitative Bestimmung von Glukose (Nr. 32057)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32025, 32030, 32057, 32060

32882 Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung) 0,25

Obligatorer Leistungsinhalt

- Quantitative Bestimmung von Cholesterin gesamt (Nr. 32060)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32025, 32030, 32057, 32060

32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 4 SGB V. Der tatsächliche Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil A Nr. 8.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3 im Quartal ab, wird die Vergütung in EURO der darüber hinaus abgerechneten Kosten nach dem Abschnitt 32.3 um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Gebührenordnungspositionen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Gebührenordnungsposition.
4. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

Kommentar:

zu 1. und 2.

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3) ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung möglich.

zu 3.

Die Abstufungsregelung entspricht der des bisherigen EBM.

zu 4.

Im Rahmen der Reproduktionsmedizin sind Laborleistungen des Abschnitts 32.3 im Zyklusfall nicht neben den hier genannten IVF-Leistungen abrechnungsfähig.

zu 5.

Laborleistungen des Abschnitts 32.3 dürfen am Behandlungstag nicht neben einer Koronarangiographie (Nr. 34291) und nicht neben präoperativen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 abgerechnet werden.

Höchstwerte im Abschnitt 32.3:

32286	Höchstwert zu den Nrn. 32265 bis 32283	24,50 Euro
32339	Höchstwert zu den Nrn. 32330 bis 32337	24,10 Euro
32432	Höchstwert zur Nr. 32430	16,80 Euro
32433	Höchstwert zu den Nrn. 32426 und 32427	65,00 Euro
32434	Höchstwert zu den Nrn. 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	111,00 Euro
32458	Höchstwert zu den Nrn. 32435 bis 32456	33,40 Euro
32511	Höchstwert zu den Nrn. 32489 bis 32505	42,60 Euro
32644	Höchstwert zu den Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32642 und 32660 bis 32664	66,30 Euro
32695	Höchstwert zur Nr. 32690	11,50 Euro
32751	Höchstwert zur Nr. 32750	39,00 Euro
32771	Höchstwert zur Nr. 32770, je Mykobakterienart	39,50 Euro
32797	Höchstwert zu den Nrn. 32792 bis 32794, je Körpermaterial	46,00 Euro
32950	Höchstwert zur Nr. 32949	114,80 Euro

32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen

Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32155* Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase **14,30**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3683*

32156* Esterasereaktion **5,60**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3683*

32157* Peroxydasereaktion **5,60**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3683*

Kompodium KBV: Der Katalog 32155 ff. enthält abschließend die wesentlichen zytochemischen Reaktionen, die in der Knochenmarkdiagnostik bei hämatologischen Erkrankungen, z. B. Leukämien, durchgeführt werden. Untersuchungsmaterial kann neben Knochenmark auch anderes Material sein, in dem die diagnostisch interessierenden Zellen vorkommen, z. B. Blutausstriche.(*)

Gemäß Leistungslegende ist mit der GOP 32157 die Peroxidaserreaktion für Blut- oder Knochenmarkzellen berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32158* PAS-Reaktion **5,60**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3683*

32159* Eisenfärbung **8,40**
GOÄ **Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 32168
entsprechend oder ähnlich: Nr. 3682*

32160* Saure Phosphatase **5,60**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3599*

32161* Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT) **5,60**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden.

Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktates, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32163* Knochenmark **7,90**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3683*

32164* Lymphknoten **9,20**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog Nr. 3683*

32165* Milz **12,00**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3683*

32166* Synovia **5,80**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3683*

32167*	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs	6,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3671*	
32168*	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) des Knochenmarks einschl. der Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula	15,30
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32159	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3681*	
32169*	Vergleichende hämatologische Begutachtung von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des Knochenmarks und des Blutes, einschl. Dokumentation	15,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3683* + 3680*	
32170*	Mikroskopische Differenzierung von Haaren (Trichogramm)	5,60
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm)	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• Färbung, auch mehrere Präparate,	
	• Epilation	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4860*	
32172*	Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf Parasiten, z.B. Plasmodien, Mikrofilarien, im gefärbten Blutaussstrich und/oder Dicken Tropfen	8,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4753*	
	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchung	
32175*	Corynebakterienfärbung nach Neisser	6,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4513*	
Kompendium KBV: GOP 32175 bis 32182 und 32185 bis 32187 sind nur berechnungsfähig, wenn Körpermaterial, d. h. von einer untersuchten Person unmittelbar stammendes Originalmaterial, mikroskopisch untersucht wird. Mikroskopische Prüfungen von Kulturmateriel nach Anzüchtung eines Krankheitserregers sind Bestandteil der jeweiligen kulturellen Untersuchung und daher nicht gesondert berechnungsfähig. ¹		
¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32176*	Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien	5,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4512*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32175.		
32177*	Färbung mit Fluorochromen (z.B. Auramin) auf Mykobakterien	5,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4515*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32175.		
32178*	Giemsa-Färbung auf Protozoen	6,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4510*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32175.		
Kommentar:	Die Trichomonadenuntersuchung im Nativpräparat kann nicht mit Nr. 32178 abgerechnet werden, sie entspricht der Nr. 32045 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	
32179*	Karbofuchsinfärbung auf Kryptosporidien	1,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 4513*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32175.		

32180* Tuschepräparat auf Kryptokokken **5,60**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4513*
 Kompendium KBV: Siehe Nr. 32175.

32181* Färbung mit Fluorochromen (z.B. Acridinorange, Calcofluor weiß) auf Pilze **3,30**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4516*
 Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32175.

Die mit dieser GOP zu berechnenden nicht-immunologischen Färbemethoden mit Fluorochromen (z. B. auch Fungiquel A), bei der fluoreszierende Farbstoffe chemische Reaktionen mit Zellbestandteilen eingehen, sind zu unterscheiden von der auf Antigen-Antikörper-Reaktionen beruhenden Immunfluoreszenz, die nach eigenständigen GOP berechnungsfähig sind. (*)
 (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32182* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung **6,30**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4513*
 Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32175.

Die Angabe von Erregerart und Art der Färbung bei der Abrechnung ist obligat.

Die „Sporenfärbung auf Anaerobier“ hat als eigenständige Leistung keine diagnostische Bedeutung mehr (als obsolete Leistung eingestuft). In der Regel genügt die Durchführung eines Grampräparates entsprechend der GOP 32050. Die Sporenfärbung auf Anaerobier ist nicht als „Ähnliche Untersuchung“ nach GOP 32182 berechnungsfähig.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, gilt für die Gebührenordnungspositionen Nrn. 32185 bis 32187
Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32185* Heidenhain-Färbung auf Protozoen **9,80**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4516*
 Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32175.

32186* Trichrom-Färbung auf Protozoen **7,90**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4516*
 Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32175.

32187* Silberfärbung auf Pneumozysten **3,50**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4516*
 Kompendium KBV: GOP 32185 bis 32187 sind nur berechnungsfähig, wenn Körpermaterial, d. h. von einer untersuchten Person unmittelbar stammendes Originalmaterial, mikroskopisch untersucht wird. Mikroskopische Prüfungen von Kulturmateriale nach Anzüchtung eines Krankheitserregers sind Bestandteil der jeweiligen kulturellen Untersuchung und daher nicht gesondert berechnungsfähig.¹

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32.3.2 Funktionsuntersuchungen

32190* Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z.B. Papanicolaou)] **23,70**

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 08540

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3668*

Kompendium KBV: Die Leistung nach GOP 32190 ist nur berechnungsfähig, wenn sämtliche aufgeführten Einzelkomponenten untersucht worden sind. (*)

Die Leistung nach GOP 32190 ist eine Komplexuntersuchung, deshalb können im Rahmen des Spermioграмms nicht noch zusätzliche Färbungen mit dem gleichen Ziel, wie z. B. die Schiff'sche Färbung mit GOP 32045 abgerechnet werden. Bei Notwendigkeit weiterer chemischer Analysen, z. B. Fruktose-Bestimmung, können diese zusätzlich berechnet werden, z. B. nach GOP 32231.

Die Spermauntersuchung im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist nach GOP 08540 berechnungsfähig. (*)

Bei der Kontrolle nach Vasektomie wird der Leistungsinhalt der GOP 32190 in der Regel nicht vollständig erbracht, sodass hierfür die GOP 32045 berechnungsfähig ist.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Die Leistung ist nur berechnungsfähig, wenn alle in der Leistungslegende aufgeführten Einzelkomponenten untersucht wurden.

Diese Leistung ist nur dann eine Kassenleistung, wenn begründet vermutet werden kann, dass Sterilität besteht – s. SGB V § 27 / § 27a.

Die Spermauntersuchung im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (seit 2004 werden nur noch 50 % der Kosten von den Kassen übernommen) ist nach Nr. 08540 (Gewinnung und Untersuchung des Spermas) berechnungsfähig.

Funktionsprüfung mit Belastung, einschl. der erforderlichen quantitativen Bestimmungen im Harn oder Blut, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32192 bis 32195

Abrechnungsbestimmung je Funktionsprüfung

32192* Laktosetoleranz-Test **4,10**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4108*

32193* D-Xylose-Test **5,00**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4095*

32194* Pancreolauryl-Test **9,00**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog 4100*

32195* Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung **5,00**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32195 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Fructose-Toleranz-Test und säuresekreterische Kapazität des Magens.

Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32195 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Fructose-Toleranz-Test und säuresekreterische Kapazität des Magens.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt. Der TRH-Test ist nicht mit der GOP 32195 berechnungsfähig. Beim TRH-Test handelt es sich um zwei TSH-Bestimmungen, die jeweils nach GOP 32101 berechnungsfähig sind.

Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests, z. B. oraler Glukosetoleranz-Test, sind entsprechend der Anzahl durchgeführter Glukosebestimmungen mit Mehrfachansatz der GOP 32057 zu berechnen.

Funktionsprüfung der Nieren durch Bestimmung der Clearance mit mindestens drei quantitativ-chemischen Blut- oder Harnanalysen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32196 bis 32198

Abrechnungsbestimmung je Funktionsprüfung

32196* Inulin-Clearance **11,20**

32197* Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance, ggf. inkl. Kreatinin-Clearance **10,00**
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32124

Kompodium KBV: Die GOP 32197 ist jetzt über die Bestimmung der Phosphat-Clearance hinaus auch für die Bestimmung der Harnstoff- und/oder Calcium-Clearance, ggf. einschl. der Kreatinin-Clearance, berechnungsfähig. (*)

Eine zusätzliche Berechnungsfähigkeit der GOP 32124, Bestimmung der endogenen Kreatinin-Clearance, ist nicht gegeben.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32198* Ähnliche Untersuchungen, unter Angabe der Art der Untersuchung **11,30**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32198 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Kompodium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Bestimmung der endogenen Kreatinin-Clearance ist mit GOP 32124 berechnungsfähig.

Die Bestimmungen der Konzentrationen der Testsubstanzen im Blut oder Harn, wie z. B. der Para-Amino-Hippursäure (PAH), ist nicht gesondert berechnungsfähig.

Die Berechnung der GOP 32198 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen

32203* Thrombelastogramm **16,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3957*

Untersuchung der Gerinnungsfunktion durch Globaltests, ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32205 bis 32208

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32205* Batroxobin-(Reptilase-)zeit **16,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3955*

32206* Aktiviertes Protein C-Resistenz (APC-Resistenz, APC-Ratio) **15,60**

32207* Lupus Antikoagulans (Lupusinhibitoren) **13,90**

32208* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **19,20**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32208 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Ecarin-Clotting-Time, anti-Xa Aktivität.

Kompodium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32208 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Ecarin-Clotting-Time, Anti-Faktor-Xa Aktivität.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

Bei der Durchführung eines Globaltests können mehrere Bestimmungen der Gerinnungszeit erforderlich sein, die insgesamt nur einmal mit der GOP 32208 berechnungsfähig sind.

Als „je Untersuchung“ gemäß der Legendierung gilt der jeweilige Globaltest. (*)

Eine mehrfache Berechnungsfähigkeit der GOP 32208 ist bei Durchführung mehrerer Globaltests gegeben.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Quantitative Bestimmung von Einzelfaktoren des Gerinnungssystems, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32210 bis 32227

Abrechnungsbestimmung je Faktor

32210* Antithrombin III **11,40**

GOÄ

Abrechnungsbestimmung je Faktor

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3930*, 3931*

32211* Plasminogen **18,30**

GOÄ

Abrechnungsbestimmung je Faktor

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3948*

32212* Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z.B. D-Dimere **17,80**

GOÄ

Abrechnungsbestimmung je Faktor

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3935* bis 3938

Kompendium KBV: Leistungsinhalt der GOP 32212 ist die quantitative Bestimmung von Fibrin(ogen)-Spaltprodukten, z. B. zur Verlaufskontrolle. Qualitative oder semiquantitative Schnelltests zum Nachweis von Spaltprodukten, z. B. D-Dimer, sind nur nach GOP 32117 berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32213* Faktor II **18,80**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3939*

32214* Faktor V **18,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3939*

32215* Faktor VII **34,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3940*

32216* Faktor VIII **24,30**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3939*

32217* Faktor VIII-assoziiertes Protein **30,20**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3941*

32218* Faktor IX **24,10**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3939*

32219* Faktor X **29,10**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3939*

32220* Faktor XI **27,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3940*

32221* Faktor XII **27,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3940*

32222* Faktor XIII **25,90**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3942*

32223* Protein C **31,30**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3952*

32224* Protein S **31,30**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3953*

32225* Plättchenfaktor 4 **32,40**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3950*

32226* C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH) **27,20**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3964*, 3965*

32227* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Faktors **20,70**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32227 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay), von Willebrand-Faktor/ Ristocetin-Cofaktor-Aktivität.

Kompendium KBV: Die Angabe des Faktors (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32227 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay), von Willebrand- Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

Mit der GOP 32227 ist z. B. die Faktor VIII-Hemmkörperbestimmung berechnungsfähig. Hierzu ist anzumerken, dass dabei aus einem Material eine Verdünnungsreihe angelegt werden kann und schließlich ein End-Titer in sog. Bethesda-Einheiten bestimmt wird. Nur dieser ist diagnostisch bzw. therapeutisch relevant und somit ist diese Leistung nach derzeitigem Kenntnisstand auch nur einmal berechnungsfähig.

32228* Untersuchungen der Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden, z.B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt **33,20**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3957*

32229* Untersuchung der von -Willebrand-Faktor-Multimere **75,00**

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Triplettstrukturen,
- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
- Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32229 ist bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (z.B. lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleistungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig und setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3963*

32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen

Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32236, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert), Kohlenmonoxid-Hämoglobin und Zinkprotoporphyrin.

Kommentar: Der Höchstwert für die Untersuchungen der Nrn. 32330 bis 32337 beträgt 26,50 Euro.

32230*	Methämoglobin	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3692*	
32231*	Fruktose	11,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3723*	
32232*	Lactat	6,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3781*	
32233*	Ammoniak	10,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3774*	
32234*	Fluorid	13,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden	
32235*	Phenylalanin	9,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3796*, Nr. 3758* Guthrie-Test	
32236*	Kreatin	15,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3780*	
32237*	Gesamteiweiß im Liquor oder Harn	6,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. A 3757* für Liquor als analoger Ansatz für Nr. 3760*, für Urin Nr. 3760*	
32238*	Plasmaviskosität	6,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3712*	
32240*	Angiotensin-I-Converting Enzyme (ACE)	15,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3786*	
32242*	Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung	18,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3784*, 3785*	
32243*	Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung	11,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3688*	
32244*	Osmolalität (apparative Bestimmung)	8,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3716*	

Kompensum KBB: Nach GOP 32244 kann nur die apparative Bestimmung (Osmometer) berechnet werden. Osmolalitätsuntersuchungen mit Teststreifen sind nach der GOP 32030 berechnungsfähig.

Kommentar: Nach dieser EBM Nr. kann nur die apparative Bestimmung (Osmometer) berechnet werden. Osmolalitätsuntersuchungen mit Teststreifen sind nach Nr. 32030 (Orientierende Untersuchung) berechnungsfähig.

32245* Gallensäuren **16,10**
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3777*

32246* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **10,20**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, Beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert), Kohlenmonoxid-Hämoglobin und Zinkprotoporphyrin.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der untersuchten Labor-Parameter.

Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, Beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) und Zinkprotoporphyrin.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt

Kommentar: Magensaftanalyse und Phenylbrenztraubensäure-Bestimmung können nach Nr. 32246 abgerechnet werden.

Für die Diagnostik von Störungen des Kupferstoffwechsels können die Nrn. 32277 Kupfer im Harn oder Gewebe und 32440 Coeruloplasmin berechnet werden.

32247* Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status **13,80**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut,
- Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO₂),
- Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO₂)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO₂),
- Messung oder Berechnung weiterer Kenngrößen in demselben Untersuchungsgang (z.B. Hämoglobin, Bicarbonat, Basenabweichung)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 04536, 05350, 05372, 13250, 13256, 13661, 36884

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3710*

32248* Magnesium **1,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3621*

Kompendium KBV: Die GOP 32248 für quantitative chemische oder physikalische Magnesiumbestimmungen wurde zum 01.07.2007 neu in den EBM aufgenommen. Die Magnesium-Bestimmung mittels Atomabsorption wurde aus dem EBM gestrichen.

Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32250 bis 32262

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32250*	Spektralphotometrische Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut des Neugeborenen	11,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3775*	
32251*	Carboxyhämoglobin	27,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3692*	
32252*	Carnitin	26,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden	
32253*	Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden	14,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3787*	
32254*	Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin	7,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3689*, 3690*	
32257*	Citronensäure/Citrat	17,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3776*	
32258*	Oxalsäure/Oxalat	23,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansätze der Nr. 3776*	
32259*	Phosphohexose-Isomerase (PHI)	14,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, analoges Ansätze der Nr. 3786	
32260*	Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6P-DH)	17,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3790*	
32261*	Pyruvatkinase	14,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3790*	
32262*	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	15,40
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32262 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase, Alpha-Glucosidase, alpha-Galaktosidase, Beta-Galaktosidase, Phosphofruktokinase i. E., UDP-Galaktose-Epimerase, Biotinidase, Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität, Phosphoisomerase, Phosphomannomutase, Kryoglobuline.	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Abrechnung der erbrachten Untersuchungen.	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.		
Die Berechnung der GOP 32262 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase, Alpha-Glucosidase, alpha-Galaktosidase, Beta-Galaktosidase, Phosphofruktokinase i. E., UDP-Galaktose-Epimerase, Biotinidase, Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität, Phosphoisomerase, Phosphomannomutase, Kryoglobuline.		
Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.		

Kommentar: **Wezel/Liebold** führt in seiner Kommentierung Untersuchungen an, die nach dieser Nr. abgerechnet werden können: Adenosin Desaminase, Alkohol im Blut (ADH-Methode), Caroten, Jod im Urin, Oxytocinase.

Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283.

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283 beträgt 24,50 Euro.

32265* GOÄ	Calcium im Harn entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 4130*	3,10
32267* GOÄ	Zink entsprechend oder ähnlich: Nr. 4135*	12,30
32268* GOÄ	Nickel entsprechend oder ähnlich: Nr. 4198*	16,10
32269* GOÄ	Arsen entsprechend oder ähnlich: Nr. 4191*	16,10
32270* GOÄ	Aluminium entsprechend oder ähnlich: Nr. 4190*	12,30
32271* GOÄ	Blei entsprechend oder ähnlich: Nr. 4192*	13,80
32272* GOÄ	Cadmium entsprechend oder ähnlich: Nr. 4193*	9,90
32273* GOÄ	Chrom entsprechend oder ähnlich: Nr. 4194*	15,30
32274* GOÄ	Eisen im Harn entsprechend oder ähnlich: Nr. 4130*	19,20
32277* GOÄ	Kupfer im Harn oder Gewebe entsprechend oder ähnlich: Nr. 4132*	8,10
32278* GOÄ	Mangan entsprechend oder ähnlich: Nr. 4133*	12,30
32279* GOÄ	Quecksilber entsprechend oder ähnlich: Nr. 4196*	12,30
32280* GOÄ	Selen entsprechend oder ähnlich: Nr. 4134*	14,60
32281* GOÄ	Thallium entsprechend oder ähnlich: Nr. 4197*	13,70

32283*	Spurenelemente unter Angabe der Art der Untersuchung	9,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analog Nr. 4131*	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat. Voraussetzung für die Berechnung der GOP 32283 ist, dass die entsprechende Untersuchung nicht im Anhang 4 des EBM aufgeführt ist.		
Qualitativer chromatographischer Nachweis einer oder mehrerer Substanz(en), gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32290 bis 32294		
Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang		
32290*	Aminosäuren	17,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3737*, 3738*	
32291*	Porphyrine	29,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4122*	
32292*	Drogen	20,30
Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)		
Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang		
Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32137, 32140, 32141, 32142, 32143, 32144, 32145, 32146, 32147		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4150* ff.	
32293*	Arzneimittel	10,40
Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)		
Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4199* ff., 4202*, 4203*, 4204*, 4214*	
Kompendium KBV: Die GOP 32293 umfasst den qualitativen chromatographischen Nachweis einer oder mehrerer Substanz(en). Bei Abrechnung der GOP 32293 ist die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) (Feldkennung 5002) obligat.		
32294*	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	19,70
Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang		
Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32294 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4202*	
Kompendium KBV: ie Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe (Feldkennung 5002) ist obligat. Die Berechnung der GOP 32294 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Siehe auch Nr. 32300. Ein Untersuchungsgang beginnt mit der Probenvorbereitung (z. B. Extraktion oder Säulenvortrennung) und endet mit der Detektion und ggf. der quantitativen Auswertung der aufgetrennten Substanzen. Werden allerdings mehrere, voneinander unterscheidbare Untersuchungsgänge durchgeführt, z. B. Trennung auf unterschiedlichen Trägerplatten oder Säulen, um chemisch different reagierende Substanzen zu untersuchen, ist jeder Untersuchungsgang für sich berechnungsfähig.(*) (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
Kommentar: Wezel/Liebold führt in seiner Kommentierung aus, dass nach den EBM Nrn. 32294 (qualitativer Nachweis) bzw. 32313 (quantitativer Nachweis, ggf. einschl. qualitativer Nachweis) die chromatographischen Nachweise und Bestimmungen der nachfolgenden Substanzen berechnungsfähig sind:		
• Ätiocholanolon		

- Androsterin
- Dehydroepiandrosteron
- Desoxycortisteron
- Histamin
- Hippursäure
- 17-Ketosteroid-Fraktionierung
- Lipide
- LS-Ratio-(Quotient)Test (Lecithin: Sphingomyelin)
- Mucoproteine
- Propylvaleriansäure
- auch Blutalkohol, sofern ein Nachweis im Rahmen der Behandlung einer Krankheit erforderlich wird.

Die Bestimmung des Blutalkohols für die Polizei ist nicht nach dieser Leistung, sondern nach Nrn. 32262 (ADH Methode) oder 32148 (in der Atemluft) abrechenbar.

Die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe ist zwingend.

Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebührenerordnungspositionen 32300 bis 32313

Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang

32300* Katecholamine und/oder Metabolite

27,00

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4072*

Kompodium KBV: Chromatographische Techniken ermöglichen die simultane Untersuchung von mehreren Substanzen in einer Probe. GOP 32300 bis 32313 beinhalten Leistungen zum Nachweis oder zur Bestimmung aller in einem Untersuchungsgang erfassbaren Substanzen. Eine mehrfache Abrechnung der zutreffenden GOP für die einzelnen Substanzen ist demnach nicht zulässig.¹

Werden allerdings mehrere, voneinander unterscheidbare Untersuchungsgänge durchgeführt, ist jeder Untersuchungsgang für sich berechnungsfähig.¹

Zu den Katecholaminen zählen Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin, deren Ausscheidung im Urin in einem Untersuchungsgang gleichzeitig bestimmt werden kann. Daher ist die GOP 32300 für alle drei Parameter nur einmalig berechnungsfähig.

Werden die Katecholamine und Metabolite in getrennten Untersuchungsgängen bestimmt, kann jeder Untersuchungsgang einzeln berechnet werden.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Unter dieser Leistungsziffer sind nach Wezel/Liebold auch die Bestimmungen von z. B. Adrenalin, Dopamin, Homovanillinsäure (HVS), M und Vanillinmandelsäure (VMS) abrechenbar.

32301* Serotonin und/oder Metabolite

13,30

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4075*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32300.

Werden allerdings mehrere, voneinander unterscheidbare Untersuchungsgänge durchgeführt, ist jeder Untersuchungsgang für sich berechnungsfähig.¹

Werden Serotonin und Metabolite, wie z. B. der Serotoninmetabolit 5-Hydroxy-Indolessigsäure (5-HIES), in getrennten Untersuchungsgängen bestimmt, können die einzelnen Untersuchungsgänge getrennt berechnet werden.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Mit dieser Nr. kann auch die 5-Hydroxy-Indolessigsäure abgerechnet werden.

32302* Porphyrine

15,40

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4121*

Kompodium KBV: Siehe Nr. 32301.

32303*	Porphobilinogen	23,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4123, 4124*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32301.		
32304*	Delta-Amino-Lävulinsäure	24,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3789*	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32301.		
32305*	Arzneimittel (chromatographisch oder mit sonstigen Verfahren)	17,30
	Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4153* ff., 4199* ff.	
Kompendium KBV: Siehe Nr. 32301.		
Kommentar: Werden quantitative Arzneimittel-Bestimmungen mittels Immunoassay durchgeführt, stehen hierzu die Nrn. 32340 – 32346 zur Verfügung.		
32306*	Vitamine	22,30
	Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4138* ff., 4141* – 4147*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.		
Bei Abrechnung der GOP 32306 ist die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) (Feldkennung 5002) obligat.		
Vitaminbestimmungen im Rahmen von Untersuchungen auf oxidativen Stress bzw. Schadstoffbelastung sind nach derzeitigem Kenntnisstand keine GKV-Leistungen.		
¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32307*	Drogen	17,70
	Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4200* ff.	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.		
Bei Abrechnung der GOP 32307 ist die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) (Feldkennung 5002) obligat.		
¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
Kommentar: Werden quantitative Drogen-Bestimmungen mittels Immunoassay durchgeführt, stehen die Nrn. 32330 – 32337 zur Verfügung.		
32308*	Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin	28,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4202*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.		
32309*	Phenylalanin	18,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3737*, 3738*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.		
32310*	Aminosäuren	22,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3737*, 3738*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.		
32311*	Exogene Gifte	28,70
	Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang	

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4209* bis 4213*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.

Bei Abrechnung der GOP 32311 ist die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) (Feldkennung 5002) obligat.

Umweltmedizinische Diagnostik ist nach derzeitiger Einschätzung nur dann zulasten der GKV berechnungsfähig, wenn ein dringender Verdacht auf eine Intoxikation vorliegt und eine Quelle für die Belastung bekannt ist, oder zumindest konkret in Verdacht steht, bzw. wenn bei exponierten Patienten Krankheitssymptome vorliegen. Ein ungezieltes „Screening“ bei Befindlichkeitsstörungen gehört nicht zum Leistungsspektrum der GKV.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32312* Hämoglobine (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 32094) **11,80**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32468

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3689*, 3690*, 3691, 3692*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.

Die GOP 32312 steht für die Abrechnung der chromatographischen Methode. Die Wahl der Methode, chromatographisch oder die aufwendigere elektrophoretische Auftrennung nach GOP 32468 ist freigestellt. Es ist aber nur eine der beiden Leistungen berechnungsfähig.

Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c) sind unabhängig von der Methode ausschließlich mit der GOP 32094 berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32313* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe **20,90**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32313 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: organische Säuren, Methanol.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4202*, 4208*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32301.

Die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe (Feldkennung 5002) ist obligat. Die Berechnung der GOP 32313 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: organische Säuren, Methanol.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

Kommentar: **Wezel/Liebold** führt in seiner Kommentierung aus, dass nach den EBM Nrn. 32294 (qualitativer Nachweis) bzw. 32313 (quantitativer Nachweis, ggf. einschl. qualitativer Nachweis) die chromatographischen Nachweise und Bestimmungen der nachfolgenden Substanzen berechnungsfähig sind:

- Ätiocholanolon
- Androsterin
- Dehydroepiandrosteron
- Desoxycortisteron
- Histamin
- Hippursäure
- 17-Ketosteroid-Fraktionierung
- Lipide
- LS-Ratio-(Quotient)Test (Lecithin: Sphingomyelin)
- Mucoproteine
- Propylvaleriansäure
- auch Blutalkohol, sofern ein Nachweis im Rahmen der Behandlung einer Krankheit erforderlich wird.

Die Bestimmung des Blutalkohols für die Polizei ist nicht nach dieser Leistung sondern nach Nrn. 32262 (ADH Methode) oder 32148 (in der Atemluft) abrechenbar.

Die Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe ist zwingend.

32314* Bestimmung von Substanzen mittels DC, GC und/oder HPLC und anschließender Massenspektrometrie und EDV-Auswertung, 51,90

GOÄ

Kompodium KBV: Die Verknüpfung „und/oder“ bedeutet, dass die GOP 32314 nur einmal je Körpermaterial berechnungsfähig ist, unabhängig davon, wie viele der genannten chromatographischen Verfahren bei der betreffenden Untersuchung notwendig sind.(*)

Die Angabe der Art der Untersuchung ist obligat.

Diese Untersuchung ist nur berechnungsfähig, wenn eine Massenspektrometrie durchgeführt wird.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Unabhängig davon, wie viele der genannten Verfahren bei der betreffenden Untersuchung notwendig sind, kann die Leistung nach Nr. 32314 je Körpermaterial nur einmal abgerechnet werden.

32315* Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13C-Harnstoff-Atemtests nach der Nr. 02400, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z.B. chromatographisch), insgesamt 12,00

GOÄ

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32706

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3783* analog

32316* Vollständige chemische Analyse zur Differenzierung eines Steins 10,30

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32317

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3672*

Kompodium KBV: Neben dieser Leistung ist die Untersuchung nach GOP 32317 nicht berechnungsfähig.

32317* Analyse zur Differenzierung eines Steins in seinen verschiedenen Schichtungen mittels Infrarot-Spektrographie 20,30

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32316

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3672*

Kompodium KBV: Neben dieser Leistung ist die Untersuchung nach GOP 32316 nicht berechnungsfähig.

32318* Quantitative Bestimmung von Homocystein 15,00

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3737*

Kompodium KBV: Die Homocysteinbestimmung war in der Vergangenheit nur berechnungsfähig, wenn sie mittels Hochleistungsflüssigkeitschromatographie (HPLC) durchgeführt wurde. Dieser Methodenbezug wurde aufgehoben, sodass mit dieser GOP auch die Bestimmung von Homocystein mittels Immunoassay berechnungsfähig ist.

Quantitative Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32320 bis 32321

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32320* Freies Thyroxin (fT4) 3,70

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4023.H4*

Kompodium KBV: Die Bestimmung der Gesamthormone T3 und T4 wurde zum Quartal 3/2007 in den Anhang IV der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen des EBM übernommen.

TSH gilt als der wichtigste Laborwert bei der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen und bei der Beurteilung der Schilddrüsenhormon-Stoffwechsellaage unter Therapie sowie

vor diagnostischen Eingriffen mit jodhaltigen Kontrastmitteln. Im Regelfall wird bei Patienten ohne schwere Allgemeinerkrankung bei Verdacht auf Schilddrüsenerkrankung primär das TSH bestimmt und abhängig vom Resultat der ggf. weitere diagnostische Ablauf bestimmt.

32321* Freies Trijodthyronin (fT3) 3,70

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4022.H4*

Kompendium KBV: Siehe Nr. 32320.

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32323 bis 32325

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.

32323* Digoxin 6,30

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4162*

32324* Carcinoembryonales Antigen (CEA) 3,80

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3905.H3*

32325* Ferritin 4,20

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3742*

Quantitative Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337 beträgt 24,10 Euro.

Kommentar: Die Angabe der Art der Untersuchung ist zwingend. Nach den Nrn. 32330 bis 32337 sind die quantitativen immunologischen Drogenbestimmungen abzurechnen. Das qualitative Drogenscreening ist methodenabhängig nach den Nrn. 32140 bis 32147 oder 32292 und die quantitative chromatographische Bestimmung nach Nr. 32307 berechnungsfähig.

Der Höchstwert der Nrn. 32330 bis 32337 beträgt 24,10 Euro.

32330* Amphetamine 7,70

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4151*

32331* Barbiturate 8,80

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4153*

32332* Benzodiazepine 7,10

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4154*

32333* Cannabinoide 7,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4155*

32334* Kokain 7,70

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4158*

32335* Methadon 8,90

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4168*

32336* Opiate 7,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4172*

32337* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung 9,50

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337 beträgt 24,10 Euro.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32337 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden

Kompensum KVB: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32337 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Nach GOP 32330 bis 32337 sind die quantitativen immunologischen Drogenbestimmungen, ggf. begrenzt durch den Höchstwert, abzurechnen.

Die qualitative Bestimmung von Drogen ist methodenabhängig mit GOP 32140 bis 32147 oder 32292 und die quantitative chromatographische Bestimmung mit der GOP 32307 berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar:

Die Angabe der Art der Untersuchung ist zwingend. Nach den Nrn. 32330 bis 32337 sind die quantitativen immunologischen Drogenbestimmungen abzurechnen. Der Höchstwert der Nrn. 32330 bis 32337 beträgt 24,10 Euro.

Quantitative Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32340 bis 32346

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32340* Antiarrhythmika 14,90**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4182*

32341* Antibiotika 17,70**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4150*, 4166*, 4180*, 4203*

32342* Antiepileptika 8,60**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4156*, 4164*, 4173*, 4175*, 4200*, 4206*

32343* Digoxin 7,20**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4161*

32344* Zytostatika, z.B. Methotrexat 23,90**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4169*

32345* Theophyllin 10,70**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4179*

32346* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung 14,60

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32346 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4182*

Kompensum KVB: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32346 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Bei quantitativer Bestimmung von Arzneimitteln mittels trägergebundener Reagenzien und apparativer Auswertung (z. B. Reflexionsmessung) sind nicht die GOP 32340 bis 32346 berechnungsfähig. In diesem Fall ist die GOP 32055 anzusetzen. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Die Angabe der Art der Untersuchung ist zwingend. Die quantitative Bestimmung von Arzneimitteln, z. B. Theophyllin, Antiepileptika oder Herzglykosiden mittels trägergebundener Reagenzien und apparativer Auswertung (Reflexionsmessung) ist nach Nr. 32140 ff. abzurechnen.

Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

32350* Alpha-Fetoprotein (AFP) **6,40**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01783

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3743*

Kompendium KBV: Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach den GOP 32350 ff. ist nur dann gegeben, wenn Immunoassays (RIA, EIA, FIA oder LIA) mit kontinuierlicher quantitativer Skala (Gradual-Verfahren) angewendet werden. Latex-Tests, Agglutinations-, Hämagglutinations- und Hämagglutinationshemmungs-Methoden oder ähnliche Verfahren erfüllen diese Anforderungen nicht und sind nicht nach diesen GOP berechnungsfähig.¹

Diese Methoden gelten als semiquantitativ und gehören damit zu den qualitativen Bestimmungen.

Die Bestimmung von Alpha 1-Feto-Protein im Fruchtwasser oder im Serum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ist nach der GOP 01783 berechnungsfähig.

¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32351* Prostata-spezifisches Antigen (PSA) oder freies PSA **4,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3908.H3*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr 32350.

Die Bestimmung des freien PSA neben dem Gesamt-PSA ist nur bei leicht erhöhten Werten des Gesamt-PSA indiziert (Graubereich zwischen 4 und 10 ng/ml).(*)

Die Bestimmung der prostata-spezifischen Phosphatase (PAP) ist durch die Einführung der PSA-Bestimmung obsolet geworden und keine abrechnungsfähige Leistung mehr. Sie ist weder nach GOP 32361 noch nach einer anderen GOP für „Ähnliche Untersuchungen“ berechnungsfähig.(*)

Im Rahmen der Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann nach GOP 01731 ist die PSA-Bestimmung nicht möglich, da sie nicht Bestandteil der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien gemäß Abschnitt C § 25 ist.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32352* Choriongonadotropin (HCG und/oder β -HCG) **6,10**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4053*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

Mit dieser GOP kann nur die quantitative Bestimmung von HCG oder von β -HCG berechnet werden. Hierunter fällt nicht der qualitative Nachweis oder die semiquantitative Bestimmung von HCG oder von β -HCG im Urin (Schwangerschaftsnachweis nach GOP 32132).

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32353* Follitropin (FSH) **4,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4021*

Kompodium KBV: Die Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach den GOP 32350 ff. ist nur dann gegeben, wenn Immunoassays (RIA, EIA, FIA oder LIA) mit kontinuierlicher quantitativer Skala (Gradual-Verfahren) angewendet werden. Latex-Tests, Agglutinations-, Hämagglutinations- und Hämagglutinationshemmungs-Methoden oder ähnliche Verfahren erfüllen diese Anforderungen nicht und sind nicht nach diesen GOP berechnungsfähig.¹

Diese Methoden gelten als semiquantitativ und gehören damit zu den qualitativen Bestimmungen.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32354* Lutropin (LH) **4,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4026*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32355* Prolaktin **4,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4041*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32356* Östradiol **4,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4040*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32357* Progesteron **3,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4040*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32358* Testosteron und/oder freies Testosteron **5,00**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4042*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

Die „und/oder“-Verknüpfung schreibt zwingend vor, dass gesamtes und freies Testosteron nur einmal berechnungsfähig ist.

32359* Insulin **6,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4025*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32360* Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG) **11,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3765*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

32361* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **8,10**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32361 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Müller-Hormon.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4033* (ggf. einschl. Doppelbestimmung u. aktuelle Bezugskurve), 4044* (einschl. Doppelbestimmung u. aktuelle Bezugskurve)

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32353.

Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat. Die Berechnung der GOP 32361 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Müller-Hormon.(*)

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32381

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressions-testes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

32365* GOÄ	C-Peptid entsprechend oder ähnlich: Nr. 4046*	14,70
32366* GOÄ	Gastrin entsprechend oder ähnlich: Nr. 4051*	11,70
32367* GOÄ	Cortisol entsprechend oder ähnlich: Nr. 4020*	6,20
32368* GOÄ	17-Hydroxy-Progesteron entsprechend oder ähnlich: Nr. 4035*	9,40
32369* GOÄ	Dehydroepiandrosteron (DHEA) und/oder -sulfat (DHEA-S) entsprechend oder ähnlich: Nr. 4038*	6,90
Kompendium KBV: Die „und/oder“-Verknüpfung schreibt vor, dass DHEA und DHEA-S nur einmal berechnungsfähig sind.		
32370* GOÄ	Wachstumshormon (HGH), Somatotropin (STH) entsprechend oder ähnlich: Nr. 4043*	10,20
32371* GOÄ	Insulin-like growth factor I (IGF-I) bzw. Somatomedin C (SM-C) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 (IGFBP-3) entsprechend oder ähnlich: Nr. 4060*	33,70
Kompendium KBV: Die „und/oder“-Verknüpfung schreibt vor, dass IGF I und IGFBP 3 nur einmal berechnungsfähig sind. Qualitative oder semiquantitative Einschnitt-Immunoassay- Testverfahren, welche mit Hilfe von monoklonalen Antikörpern IGFBP-1 Proteine aus gynäkologischen Abstrichen oder aus Vaginalsekret mittels visuell abzulesender Farbreaktion nachweisen, sind nicht mit GOP 32371 berechnungsfähig.		
32372* GOÄ	Folsäure entsprechend oder ähnlich: Nr. 4140*	5,40
32373* GOÄ	Vitamin B 12 entsprechend oder ähnlich: Nr. 4140*	4,20
32374* GOÄ	Cyclosporin entsprechend oder ähnlich: Nr. 4185*	29,60
32375* GOÄ	Trypsin entsprechend oder ähnlich: Nr. 3796*	24,60

32376*	β2-Mikroglobulin	10,90
GOÄ	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32824 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3754*	
32377*	Pankreas-Elastase	22,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4062*	
Kompendium KBV: Nach GOP 32377 ist nur die Pankreas-Elastase, nicht aber die Granulozyten-(PMN)-Elastase (GOP 32453) berechnungsfähig.(*) (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32378*	Neopterin	18,50
GOÄ	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32824 entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 3900	
32379*	Tacrolimus (FK 506)	31,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. analoger Ansatz der Nr. 4185*	
32380*	Eosinophiles kationisches Protein (ECP)	21,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3743*	
32381*	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	15,90
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchung	
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32381 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Interleukin 2 Rezeptor, Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl, Everolimus, Sirolimus und Mycophenolat.	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.		
	Die Berechnung der GOP 32381 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Interleukin 2 Rezeptor, Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl, Everolimus, Sirolimus und Mycophenolat.	
	Die „und/oder“-Verknüpfung bei „Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl“ bedeutet, dass die Leistung nur einmal berechnungsfähig ist, unabhängig davon ob beide durch „und/oder“ verbundenen Leistungen erbracht wurden oder nur eine davon.	
	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405	
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchung	
	Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Gebührenordnungspositionen 32391 und 32398 nicht nebeneinander berechnungsfähig.	
	Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32405 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.	
32385*	Aldosteron	11,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4045*	

32386* GOÄ	Renin entsprechend oder ähnlich: Nr. 4058*	31,30
32387* GOÄ	Androstendion entsprechend oder ähnlich: Nr. 4036*	12,80
32388* GOÄ	Corticosteron entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4033*, 4044*	53,70
32389* GOÄ	11-Desoxycortisol entsprechend oder ähnlich: Nr. 4062*	22,10
32390* GOÄ	CA 125 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3900.H3*	10,60
32391* GOÄ	CA 15–3 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3901.H3*	8,70
32392* GOÄ	CA 19–9 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3902.H3*	9,20
32393* GOÄ	CA 50 entsprechend oder ähnlich: Nr. 3903.H3*	29,20
32394* GOÄ	CA 72-4 (TAG 72) entsprechend oder ähnlich: Nr. 3904.H3*	22,70
32395* GOÄ	Neuronenspezifische Enolase (NSE) entsprechend oder ähnlich: Nr. 3907.H3*	15,50
32396* GOÄ	Squamous cell carcinoma Antigen (SCC) entsprechend oder ähnlich: Nr. 3909.H3*	15,90
32397* GOÄ	Tissue Polypeptide Antigen (TPA, TPS) entsprechend oder ähnlich: Nr. 3911.H3*	24,40
32398* GOÄ	Mucin-like cancer associated antigen (MCA) entsprechend oder ähnlich: Analog Nr. 3909.H3*	33,20
32400* GOÄ	Cytokeratin-19-Fragmente (CYFRA 21-1) entsprechend oder ähnlich: Nr. 3906.H3*	24,20
32401* GOÄ	Dihydrotestosteron entsprechend oder ähnlich: Nr. 4062*	16,10
32402* GOÄ	Erythropoetin entsprechend oder ähnlich: Nr. 4050*	25,10
32403* GOÄ	Pyridinolin, Desoxypyridinolin und/oder Typ I-Kollagen-Telopeptide entsprechend oder ähnlich: Nr. 4044*	18,90

32404* Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder Typ I-Prokollagen-Propeptide **20,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3785*

32405* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **22,80**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32405 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Kompensations KVB: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32405 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Chromogranin A, Tryptase, Thymidinkinase, S-100, 11-Desoxycorticosteron und Parathormon-related Peptide.

Bei der Anmerkung „nebeneinander bis zu zweimal“ für die aufgeführten Tumormarker ist wegen der unterschiedlichen Euro-Bewertungen der einzelnen Parameter nicht die Höhe der Vergütung, sondern die berechnungsfähige Anzahl der Parameter begrenzt. (*)

Im Zusammenhang mit einer Screeninguntersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden, da gemäß Absatz 12 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Abschnittes 32.2 die Bestimmung von Tumormarkern im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen (Screening-Untersuchungen) im Rahmen der Sekundärprävention nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind und aus diesem Grunde als vertragsärztliche Leistung gemäß GOP aus Kapitel 32 nicht berechnungsfähig. Sollte eine entsprechende Anforderung an ein Labor durch einen Vertragsarzt vorliegen, so ist unbedingt durch den Laborarzt Rücksprache mit dem anfordernden Vertragsarzt zu halten.

Funktionsprüfungen werden vor allem als Stimulations- und Suppressionstests durchgeführt. Sie dienen insbesondere zur Prüfung der Funktion hormonbildender Organe. Die im Rahmen von Funktionsprüfungen erfolgenden mehrfachen Blutentnahmen und i. v.-Applikationen von Testsubstanzen sind in den Ordinations- und Konsultationsgebühren enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressions-testes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

32410* Calcitonin **14,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4047*

32411* Intaktes Parathormon **14,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4056*

32412* Corticotropin (ACTH) **14,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4049*

32413* 25-Hydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D) **18,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4138*

32414* Osteocalcin **23,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4054*

32415* Antidiuretisches Hormon (ADH, Vasopressin) **24,00**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4061*

32416* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **24,90**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32416 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Androstadiol-Glucuronid.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4062*

Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32416 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Androstadiol-Glucuronid.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt. Mit dieser GOP kann auch die quantitative Bestimmung von Troponin I oder Troponin T berechnet werden.

Kommentar: Ähnliche Untersuchungen, die nach Nr. 32416 Berechnung finden:

- cAMP
- Desoxycorticosteron (DOC)
- Glukagon
- Troponin quantitativ – für den Schnelltest Troponin I oder Troponin II EBM Nr. 32150 berechnen.

Die Angabe der Art der Untersuchung ist zwingend.

Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32420 bis 32421

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32420* Thyreoglobulin, einschl. Bestätigungstest **17,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3825.H2*, 3852*, 3885*

Kompendium KBV: Im Patientenserum vorkommende Thyreoglobulin-Autoantikörper können das Messergebnis verfälschen. Erforderliche zusätzliche Testschritte (Wiederfindungstests) sind aber obligatorischer Bestandteil der Untersuchung nach GOP 32420 und sind nicht gesondert berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Die Nrn. 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu 2x berechnungsfähig. Da die Bewertung unterschiedlich ist, sollten, wenn mehr als 2 Parameter bestimmt werden, die mit der höheren Bewertung abgerechnet werden.

32421* 1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D3) **33,80**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4139*

32.3.5 Immunologische Untersuchungen**32426*** Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE **4,60**

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt im Behandlungsfall 65,00 Euro.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr im Behandlungsfall 111,00 Euro.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32429

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3572*

Kompodium KBV: Bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr sind die immunologischen Untersuchungen nach GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen im Behandlungsfall bis zu einem Höchstwert von 111,00 € berechnungsfähig.

Der Höchstwert von 65,00 € bleibt für die sonstigen Fälle.

Beide Höchstwerte für die Untersuchungen nach den GOP 32426 und 32427 gelten im Behandlungsfall.

Nach den Beschlüssen in der 88. Sitzung der Partner des Bundesmantelvertrages sowie in der 228. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (schriftliche Beschlussfassung) am 10. September 2007 setzt die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach GOP 32426 und 32427 grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse voran gegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

32427* Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen (Allergene oder Allergengemische), **7,10**

Abrechnungsbestimmung je Ansatz

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt im Behandlungsfall 65,00 Euro.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr im Behandlungsfall 111,00 Euro.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32429

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3891*

Kompodium KBV: Nach GOP 32427 können nur Verfahren berechnet werden, bei denen jedes Allergen oder Allergengemisch für sich in einem separaten Untersuchungsgang zusammen mit dem Patientenserum getestet wird.

Bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr sind die immunologischen Untersuchungen nach GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen im Behandlungsfall bis zu einem Höchstwert von 111,00 € berechnungsfähig.

Der Höchstwert von 65,00 € bleibt für die sonstigen Fälle.

Beide Höchstwerte für die Untersuchungen nach den GOP 32426 und 32427 gelten im Behandlungsfall.

Nach den Beschlüssen in der 88. Sitzung der Partner des Bundesmantelvertrages sowie in der 228. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (schriftliche Beschlussfassung) am 10. September 2007 setzt die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach den GOP 32426 und 32427 grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse voran gegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

32430* Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation, **6,40**

Abrechnungsbestimmung je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins

Anmerkung Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32430 beträgt 16,80 Euro.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3759*

Kompodium KBV: Die Angabe der Art des Proteins (Feldkennung 5002) ist obligat.

Quantitative Best. von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwert. Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 bis 32455

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32435* Albumin **3,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3735*

Kompodium KBV: Mit GOP 32435 ist die quantitative Albumin-Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren berechnungsfähig.

Der Mikroalbuminurie-Nachweis mit Teststreifen auf der Basis einer immunologischen oder gleichwertigen chemischen Reaktion ist mit GOP 32135 berechnungsfähig.

32437* Alpha-1-Mikroglobulin **8,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3754*

32438* Alpha-1-Antitrypsin (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi) **10,70**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3739*

32439* Alpha-2-Makroglobulin **10,20**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3753*

32440* Coeruloplasmin **11,20**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3740*

Kommentar: Die Nr. 32440 ist nicht neben den EBM Nrn. berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291. Die EBM Nrn. 01600, 01601 sind nicht neben der Nr. 32440 berechnungsfähig.

32441* Haptoglobin **7,30**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3747*

32442* Hämopectin **11,50**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3746*

Kommentar: Die Nr. 32442 ist nicht neben den EBM Nrn. berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291. Die EBM Nrn. 01600, 01601 sind nicht neben der Nr. 32442 berechnungsfähig.

32443* Komplementfaktor C 3 **7,80**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3968* oder 3969*

Kommentar: Die Nr. 32443 ist nicht neben den EBM Nrn. berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291. Die EBM Nrn. 01600, 01601 sind nicht neben der Nr. 32443 berechnungsfähig.

32444* Komplementfaktor C 4 **7,50**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3970* oder 3971*

32445* Immunglobulin D (IgD) **11,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3571*

32446* Freie Kappa-Ketten **12,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3571*

32447* Freie Lambda-Ketten **12,50**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3571*

32448* Immunglobulin A, G oder M im Liquor **8,50**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3571*

Kommentar: Die Nr. 32448 ist nicht neben den EBM Nrn. berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291. Die EBM Nrn. 01600, 01601 sind nicht neben der Nr. 32448 berechnungsfähig.

32449* Immunglobulin G im Harn **5,50**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3571*

Kommentar: Die Nr. 32449 ist nicht neben den EBM Nrn. berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291. Die EBM Nrn. 01600, 01601 sind nicht neben der Nr. 32449 berechnungsfähig.

32450*	Myoglobin	10,80
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32150	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3755*, 3756*	
Kompendium KBV: Semiquantitative immunologische oder chemische Nachweise von Myoglobin sind mit der GOP 32134 berechnungsfähig. Die GOP 32450 ist nicht neben der GOP 32150 berechnungsfähig		
32451*	Apolipoprotein A-I	9,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3725*	
32452*	Apolipoprotein B	9,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3725*	
32453*	Granulozyten-(PMN-)Elastase	14,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3791*, 3792*	
32454*	Lysozym	10,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3793*	
32455*	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	8,90
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32455 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, Lösl. Transferrin-Rezeptor und Gesamthämolytische Aktivität.	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat. Die Berechnung der GOP 32455 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, löslicher Transferrin-Rezeptor und gesamt-hämolytische Aktivität. Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt. Für die Bestimmung von Transferrin ist die GOP 32106 anzusetzen.		
32456*	Quantitative Bestimmung des Lipoproteins(a)	11,90
	Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32456 beträgt 33,40 Euro.	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3730*	
32457*	Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß	6,21
	Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall	
	Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 01737, 01738	
	Berichtspflicht Nein	
Kommentar: Ausgedehnte Informationen finden Sie unter https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-170330-Aenderung-EBM-iFOBT-ab-Q2-2017.pdf von der KV Bayern.		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nrn. 3500 bzw. 3650	

Quantitative Best. mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32459 bis 32461

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32459* Procalcitonin (PCT) 9,60

Kommentar: Der Biomarker Procalcitonin verhilft zu einer Unterscheidung von bakteriellen oder viralen Infektionen und dadurch zur Reduktion der Antibiotikaverordnungen bei Infektionen der Atemwege.

Siehe auch: Anlage 22 Bundesmantelvertrag-Ärzte („Verfahrensordnung zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 EBM“):

https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_22_innovative_laborleistungen.jsp

32460* C-reaktives Protein (CRP) 4,90

Kommentar: Die EBM Nr. 32460 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

Neben der EBM Nr. 32770 sind nicht abrechenbar: Nrn. 01600, 01601.

Mehrere Studien haben die unabhängige Zusatzbedeutung von CRP bei der Prognose eines kardiovaskulären Ereignisses (Myocardinfarkt/ Herztod/ instabile Angina pectoris) belegt (siehe Saale-Med Medizintechnik GmbH Probstzella <http://www.saale-med.de/smed200612/index.php?id=212>).

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3524, 3741

Kompodium KBV: Qualitative oder semiquantitative Testverfahren, die nicht der Leistungslegende nach GOP 32460 entsprechen, sind mit der GOP 32128 berechnungsfähig.

32461* Rheumafaktor (RF) 4,20

Kommentar: Die EBM Nr. 32461 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3526, 3886

Kompodium KBV: Beim Auftrag „Rheumafaktor quantitativ“ ist eine in der Legende zur GOP 32461 aufgeführte Methode anzuwenden und nur diese ist berechnungsfähig.

Der Waaler-Rose-Test ist nicht mit der GOP 32461 berechnungsfähig. Beim Waaler-Rose-Test handelt es sich um ein kaum noch gebräuchliches Verfahren zum quantitativen Nachweis des Rheumafaktors vom IgM-Typ durch indirekte Hämagglutination (Inkubation von mit Anti-Schaf-Hämagglutininen beladenen Schaferythrozyten mit Patientenserum in Verdünnungsreihen), das durch quantitative Rheumafaktor Bestimmungen mittels Immunnephelometrie oder ELISA mit klassenspezifischen IgM-, IgA-, IgG-Nachweisreagenzien ersetzt wurde.

32462* Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse 23,40

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3572*

32463* Quantitative Bestimmung von Cystatin C bei einer GFR von 40 bis 80 ml/(Minute/1,73 m²) (berechnet nach der MDRD-Formel), sowie in begründeten Einzelfällen bei Sammelschwierigkeiten 9,70

Kompodium KBV: Die im EBM aufgeführte Leistungsbeschreibung lautet: „Quantitative Bestimmung von Cystatin C bei einer GFR von 40 bis 80 ml/(Minute/1,73 m²) (berechnet nach der MDRD-Formel), sowie in begründeten Einzelfällen bei Sammelschwierigkeiten“. Dies bedeutet, dass die GOP 32463 in Fällen berechnungsfähig ist, in denen mindestens einer der mit „sowie“ verbundenen Gründe vorliegt.

Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32465 bis 32475

Obligator Leistungsinhalt

- Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z.B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Färbereaktion,
- Quantitative Auswertung,

Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang

32465*	Oligoklonale Banden im Liquor und im Serum	24,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3574.H1*	
Kompendium KBV: Die „und“-Verknüpfung schreibt obligat vor, dass die Untersuchung in beiden Körpermaterialien durchgeführt werden muss. Die GOP 32465 ist dann nur einmal berechnungsfähig.		
32466*	Harnproteine	18,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3761*	
32467*	Lipoproteine, einschl. Polyanionenpräzipitation	21,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3727*, 3728*, 3729	
Kompendium KBV: Die Polyanionenpräzipitation ist obligater Bestandteil der GOP 32467. Eine elektrophoretische Trennung ohne diesen Teilschritt ist nur nach GOP 32107 berechnungsfähig.(*) (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32468*	Hämoglobine (außer glykierte Hämoglobine nach der Nr. 32094)	21,90
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32312	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3748*	
Kompendium KBV: Die Bestimmung der glykierten Hämoglobine HbA1 und/oder HbA1c ist nach der GOP 32094 abzurechnen, auch wenn eine elektrophoretische Trennung erfolgte.(*) Die GOP 32468 ist nicht neben der GOP 32312 berechnungsfähig. (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32469*	Isoenzyme der Alkalischen Phosphatase (AP)	21,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3784*, 3785*	
Kompendium KBV: Die Bestimmung der Knochen-AP ist mit der GOP 32404 berechnungsfähig.		
32470*	Isoenzyme der Creatinkinase (CK)	21,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3785*	
32471*	Isoenzyme der Lactatdehydrogenase (LDH)	20,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3785*	
32472*	Alpha-1-Antitrypsin, Phänotypisierung	33,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3739*	
32473*	Acetylcholinesterase (AChE) im Fruchtwasser	14,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3785*	
Kompendium KBV: Untersucht wird die hirnspezifische Acetylcholinesterase als Marker für Neuralrohrdefekte. Eingeschlossen in einem Untersuchungsgang sind ggf. Elektrophoreseabläufe mit Inhibitoren der Pseudocholinesteraseaktivität, die der Befundabsicherung dienen.(*) Auch in diesen Fällen ist die Leistung nur einmal berechnungsfähig.(*) Im Rahmen von Zwillingschwangerschaften und Punktion beider Fruchtblasen erscheint die zweifache Abrechnung der GOP 32473 gerechtfertigt. (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32474*	Proteine in Punktaten	8,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 3761*	

32475* Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32107) unter Angabe der Art der Untersuchung **7,20**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32475 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden

Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32475 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

32476* Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren mit Antigentransfer und anschließender Immunreaktion (Immunoblot), **25,00**

Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung

Anmerkung Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32476 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3748*

Kompendium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat.

Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach GOP 32476 berechnungsfähig.

32478* Immunfixationselektrophorese oder Immunelektrophorese bei Dys- und Paraproteinämie **20,00**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Immunfixationselektrophorese mit mindestens vier Antisera und/oder
- Immunelektrophorese mit mindestens vier Antisera,
- Bei Dys- und Paraproteinämie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Isoelektrische Fokussierung oder ähnliche Verfahren,
- Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Gebührenordnungsposition 32107

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32477

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4455*

Kompendium KBV: Die Leistungslegende der GOP 32478 setzt die Untersuchung mit mindestens vier Antisera voraus. Die Untersuchung mit nur bis zu drei Antisera wurde in den Anhang IV der nicht mehr abrechnungsfähigen Leistungen verlagert.

Eine Immunfixation mit elektrophoretischer Auftrennung der Serumproteine unter Verwendung eines polyvalenten Antiserums erfüllt nicht die Leistungslegende der GOP 32478 (vier Antisera erforderlich).

Die Serumeiweiß-Elektrophorese nach GOP 32107 ist nicht zusätzlich berechnungsfähig.

32479* Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Gliadin-Antikörpern mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay, **14,70**

Abrechnungsbestimmung je IgG und IgA

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3897*

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 beträgt 42,60 Euro.

32489*	Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid (Anti-CCP-AK), Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	11,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3827	
Kompendium KBV: Qualitative und quantitative Untersuchungen (Katalog GOP 32489 ff.) sind hier zu einem Leistungskomplex zusammengefasst, um ein wirtschaftliches Vorgehen sicherzustellen. Ergibt ein qualitativer Suchtest ein negatives Ergebnis, sind kostenaufwendige Testansätze zur Bestimmung von Titern nicht erforderlich. ¹		
¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32490*	Antinukleäre Antikörper (ANA) als Suchtest	7,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3813.H2*, 3840*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
Die dreimalige Berechnung der GOP 32490 als klassenspezifischer Suchtest für IgG, IgA und IgM ist nach derzeitigem Kenntnisstand nicht zulässig.		
¹ nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32491*	Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS (anti-ds-DNS)	10,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3819.H2*, 3846*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32492*	Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene, z.B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper	9,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3808.H2*, 3835*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32493*	Antikörper gegen Zentromerantigene, z.B. CENP-B-Antikörper	9,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3806.H2*, 3833*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32494*	Antimitochondriale Antikörper (AMA), auch Subtypen, z.B. AMA-M2	6,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3818.H2*, 3845*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32495*	Leberspezifische Antikörper, z.B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen (LKM-Antikörper), lösliches Leberantigen (SLA-Antikörper), Asialoglykoprotein Rezeptor (ASGPR-Antikörper)	12,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3817.H2*, 3844*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32496*	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (ANCA), z.B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper)	10,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3826.H2*, 3853*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32497*	Antikörper gegen glatte Muskulatur	14,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3809.H2*, 3836*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		
32498*	Herzmuskel-Antikörper	14,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3812.H2*, 3839*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.		

32499* Antikörper gegen Skelettmuskulatur **9,10**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3822.H2*, 3848*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

32500* Antikörper gegen Inselzellen, z.B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA) **12,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3815.H2*, 3842*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

32501* Insulin-Antikörper **12,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3898*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

32502* Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin, **7,50**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3816.H2*, 3843*, 3871

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

Die gleichzeitige Bestimmung von Anti-TPO und Anti-TG ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. In der Regel genügt die Untersuchung auf TG-Antikörper. Die Leistung nach GOP 32502 ist insgesamt nur einmal und auch nur einmal im Behandlungsquartal berechnungsfähig, weil Verlaufskontrollen medizinisch nicht notwendig sind. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32503* Phospholipid-Antikörper, z.B. Cardiolipin-Antikörper **7,30**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 3869*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

32504* Thrombozyten-Antikörper **28,70**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3827.H2* oder 3854*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32489.

32505* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antikörpers **9,50**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32505 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: anti-Heparin/PF4 Autoantikörper.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3854* oder 3864* oder 3877*

Kompendium KBV: Qualitative und quantitative Untersuchungen (Katalog GOP 32489 ff.) sind hier zu einem Leistungskomplex zusammengefasst, um ein wirtschaftliches Vorgehen sicherzustellen. Ergibt ein qualitativer Suchtest ein negatives Ergebnis, sind kostenaufwendige Testansätze zur Bestimmung von Titern nicht erforderlich. (*)

Die Angabe des Antikörpers (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32505 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Heparin/PF4 Autoantikörper.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall.

Nach der GOP 32505 nicht berechnungsfähig sind Autoantikörper deren diagnostischer Stellenwert gering oder nicht ausreichend belegt ist. IgM- und/ oder IgAAutoantikörper sind nur dann berechnungsfähig, wenn sie eine wesentlich ergänzende diagnostische Aussage ermöglichen.

Bei Anwendung von Blottingtechniken (Westernblot, Dotblot) ist die gleichzeitige Untersuchung auf mehrere Antikörperspezifitäten möglich, indem das Untersuchungsmaterial, meist Serum, auf eine Filtermembran aufgebracht wird, die eine Reihe von Testantigenen enthält. Eine Blotuntersuchung ist unabhängig von der Anzahl der Antigene nur einmal berechnungsfähig. Enthält der Blot Antigene unterschiedlich hoch bewerteter Katalogleistungen 32490 bis 32505, kann die jeweils höher bewertete Leistung abgerechnet werden.(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32506* Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test) zum Nachweis von spermien-gebundenen Antikörpern **7,40**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32507

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3889*

Kompendium KBV: Nicht neben GOP 32507 berechnungsfähig.

32507* Nachweis von Antikörpern gegen Spermien, ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt **17,10**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32506

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3889*

Kompendium KBV: Die Leistungslegende der GOP 32507 beinhaltet ggf. die Anwendung mehrerer Methoden und ist nicht neben der GOP 32506 berechnungsfähig.

32508* Quantitative Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern, **10,30** **Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3879*

Kompendium KBV: Die Leistung nach GOP 32508 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

32509* Quantitative Bestimmung von Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern **41,80**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 3868*

32510* Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen als vorbereitende Untersuchung **10,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4003*

Kompendium KBV: Die GOP 32510 gehört zu den wenigen Leistungen des Kapitels 32, mit der eine Vorbehandlung des Untersuchungsmaterials als eigenständige Leistung abgerechnet werden kann. Die Dichtegradientenisolierung von Immunzellen, z. B. Lymphozyten, geht in der Regel GOP 32528, 32529 und 32532 voraus, bei weiteren Untersuchungen, z. B. bei GOP 32520 bis 32527, kann sie in Abhängigkeit von der durchgeführten Methode erforderlich sein. Die Isolierung ist nur einmal je Untersuchungsmaterial berechnungsfähig, auch wenn die nachfolgende Hauptleistung ggf. mehrfach berechnet werden kann.(*)

Eine differentielle Zentrifugation ohne Einsatz von Trennmedien erfüllt nicht die Bedingungen der GOP 32510.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

32520* B-Lymphozyten **8,90**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* – 3699

32521* T-Lymphozyten **7,40**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699

32522*	CD4-T-Zellen	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
32523*	CD8-T-Zellen	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
32524*	Natürliche Killerzellen	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
32525*	Aktivierte T-Zellen	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
32526*	Zytotoxische T-Zellen	8,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
32527*	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	11,50
	Abrechnungsbestimmung je Untersuchung	
	Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Bestimmungsart Nrn. 3696* bis 3699	
Kompendium KBV:	Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist obligat. Die Berechnung der GOP 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Die Berechnung des Verhältnisses zweier Zellarten zueinander („Ratio“) ist nicht berechnungsfähig.	
32532*	Lymphozyten-Transformations-Test(s), einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen (nicht zur Erregerdiagnostik),	52,40
	Abrechnungsbestimmung insgesamt	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3694*	
Kompendium KBV:	Die Durchführung des Lymphozyten-Transformations- Tests (LTT) ist laut Leistungslegende im Rahmen der Erregerdiagnostik nicht abrechenbar.	
32533*	Untersuchung der Leukozytenfunktion, auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z.B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt	25,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3695*	

32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen

32540*	Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D	9,60
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D	
	Fakultativer Leistungsinhalt	
	• A-Untergruppe, • Serumeigenschaften	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01804	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3982*	
Kommentar:	Wird die Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist die Nr. 01804 zu berechnen.	

32541*	Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mit agglutinierenden oder konglutinierenden Testseren, z.B. Rh-Merkmale, Lewis, M, N, P1, Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01806	6,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3984*	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art des Antigens (Feldkennung 5002) ist obligat.		
32542*	Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mittels Antiglobulintest (Coombs-Test), z.B. Dweak, Duffy, Kell, Kidd, Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01805	8,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3985*, 3986*	
Kompendium KBV: Die Angabe der Art des Antigens (Feldkennung 5002) ist obligat.		
32543*	Nachweis von Erythrozytenantikörpern im direkten Antiglobulintest mit zwei verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren	8,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3997*	
32544*	Nachweis von Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase, z.B. Kälteagglutinine	6,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3990*, 3994*	
32545*	Antikörpersuchtest in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01807	7,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3987* bis 3991*	
32546*	Antikörperdifferenzierung in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01808	20,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3989*, 3992*	
Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555		
Abrechnungsbestimmung je Antigen oder Antikörper		
Kompendium KBV: Nrn. 32550 bis 32555 – entsprechend der Pluralbildung je Antigen oder Antikörper nur einmal berechnungsfähig.		
32550*	Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin	14,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3998*	
32551*	Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern	19,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3999*	
32552*	Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen	10,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3999*	
32553*	Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz	13,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 3994*	

32554* Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers **8,00**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01809

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 3993*, 3994*

32555* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung **8,70**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32555 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 3993* – 3999*

Kompensum KKV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist zwingend. Die Berechnung der GOP 32555 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

32556* Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) mit indirektem Antiglobulintest, **12,70**

Abrechnungsbestimmung je Konserve

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4000*, 4001*, 4002*

Kompensum KKV: Ein ABO-Identitätstest (Bedside-Test) ist fakultativer Leistungsinhalt der GOP 02110 bzw. 02111 und nicht als Serologische Verträglichkeitsprobe mit der GOP 32556 berechnungsfähig.

32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von Streptokokken-Antikörpern, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32560 bis 32563

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Kompensum KKV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*) Qualitative oder semiquantitative Testverfahren, die nicht der Leistungslegende nach GOP 32560 entsprechen, sind mit der GOP 32130 berechnungsfähig. (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32560* Antistreptolysin O-Reaktion **5,00**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4293*, 4294*

32561* Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase) **11,70**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4295*, 4296*

32562* Antistreptokokken – Hyaluronidase **12,10**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4297*

32563* Antistreptokinase **11,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4295*

32564* Antistaphylolysinbestimmung **8,40**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Quantitative Antistaphylolysinbestimmung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Qualitativer Suchtest

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4246*

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen.(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32565* Cardiolipin-Flockungstest, quantitativ nur bei nachgewiesener Infektion 4,70

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4232*, 4283*

Kompodium KBV: Der Cardiolipin-Flockungstest ist nur als quantitativer Test und nur bei nachgewiesener Infektion berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32566* Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) oder mittels Immunoassay 4,60

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01800

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4232*, 4258*, 4260*

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen.(*). Die GOP 32566 ist jetzt auch für den Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPPA (Lues-Suchreaktion) berechnungsfähig. Als Lues-Suchtest gilt der TPHA/TPPA-Test als ausreichend.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Lues-Suchtest (TPHA-Test) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Nr. 01800 berechnen.

32567* Treponemenantikörper-Bestimmung (nur bei positivem Suchtest), quantitativ je Immunglobulin IgG oder IgM 14,10

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Qualitativ Nrn. 4259, 4260*, quantitativ: Nrn. 4270*, 4271*, 4273*

Kompodium KBV: Die GOP 32567 ist nur für die quantitative Bestimmung von treponemenspezifischen IgG oder IgM-Antikörpern und nur bei Vorliegen eines positiven Suchtests berechnungsfähig.

32568* Treponema pallidum Bestätigungsteste (Immunoblot oder FTA-ABS) 21,90

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4270*, 4271*

Kompodium KBV: Die GOP 32568 ist jetzt auch für den Immunoblot als Bestätigungstest für eine Infektion mit Treponema pallidum berechnungsfähig. Die Leistung ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Aufgrund der Pluralbildung ist die GOP 32568 auch bei Verwendung von zwei immunoglobulinspezifischen Immunoblots nur einmal berechnungsfähig.

32569* Toxoplasmaantikörper-Nachweis (qualitativer Suchtest) 6,90

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4261*

Kompodium KBV: Quantitative Toxoplasma-IgG-Tests, die der weiterführenden Untersuchung nach der GOP 32571 entsprechen, können methodisch auch primär als Suchtest eingesetzt werden, weil das quantitative Ergebnis eine qualitative Aussage über das Vorhandensein oder Fehlen von Toxoplasma-Antikörpern einschließt. Abgerechnet werden kann jedoch nur das Untersuchungsziel „Suchtest“ entsprechend der GOP 32569. Sind der Suchtest und die IgM Bestimmung als nächster Test der Stufendiagnostik positiv, besteht die Indikation für die Untersuchung nach der GOP 32571. Das Ergebnis der quantitativen Untersuchung liegt unter den genannten Umständen bereits vor (weil als Suchtest durchgeführt). Da die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind, kann jetzt die GOP 32571 anstelle der GOP 32569 abgerechnet werden. Für das Labor besteht der Vorteil dieses Vorgehens darin, dass bei positiven

Befunden, die vor Beginn einer Erstuntersuchung aber nicht vorhersehbar sind, eine Untersuchung eingespart werden kann. (*)

Die Bestimmung von IgM-AK nach GOP 32570 ist nur berechnungsfähig, wenn der Suchtest positiv ausgefallen ist.

Eine Verlaufskontrolle bei positivem Ergebnis ist nach GOP 32570 und/oder GOP 32571 ohne erneuten Suchtest berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Als Eingangsuntersuchung ist ein Suchtest durchzuführen. Bei negativem Ergebnis in Fällen mit Krankheitsverdacht oder bei positivem Ergebnis einer präventiven Untersuchung vor Eintritt der Schwangerschaft ist die Untersuchung beendet. Die Bestimmung von IgM-AK nach Nr. 32570 ist nur berechnungsfähig, wenn der Suchtest positiv ausgefallen ist.

Eine Verlaufskontrolle bei positivem Ergebnis kann nach Nr. 32570 und/oder Nr. 32571 ohne erneuten Suchtest abgerechnet werden.

Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 72,90 Euro.

32570* **Quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgM-Antikörpern nach positivem Suchtest** **10,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4261*

Kompendium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*)

Siehe GOP 32569

Kommentar: Die Bestimmung von IgM-AK nach Nr. 32570 ist nur berechnungsfähig, wenn der Suchtest positiv ausgefallen ist.

Eine Verlaufskontrolle bei positivem Ergebnis kann nach Nr. 32570 und/oder Nr. 32571 ohne erneuten Suchtest abgerechnet werden.

Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 72,90 Euro.

32571* **Quantitative Bestimmung von Toxoplasmaantikörpern nach positivem Suchtest, ggf. einschl. qualitativem Suchtest, unter Angabe der Art der Untersuchung** **8,30**

Anmerkung Die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach der Gebührenordnungsposition 32571 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32640 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4261*

Kompendium KBV: Siehe GOP 32569

Wird ein quantitativer Antikörpernachweis als Suchtest durchgeführt, sind die GOP 32569 und die GOP 32571 nicht nebeneinander berechnungsfähig. Bei negativem Ergebnis kann nur die GOP 32569 und bei positivem Ergebnis nur die GOP 32571 berechnet werden.

Die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach GOP 32571 ist nicht neben der GOP 32640 (Avidität) berechnungsfähig.

Kommentar: Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 72,90 Euro.

32574* **Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay** **9,60** **Obligatorer Leistungsinhalt**

- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG, oder
- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgM,

Abrechnungsbestimmung je Klasse**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01802, 01803**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4387*, 4398***Kompodium KBV:** Der Röteln-HAH-Test nach GOP 32572 und der Röteln-Nachweis mittels HIG nach GOP 32573 wurden aus dem EBM gestrichen.

Die Untersuchung nach GOP 32574 ist durch die „oder“-Verknüpfung bis zu zweimal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der GOP 32574 ist nicht neben den Leistungen nach GOP 01802 und 01803 berechnungsfähig, die für den Nachweis von Rötelnantikörpern mittels Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge berechnet werden können.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Wird die Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist die Nr. 01803 zu berechnen.**32575*** HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-1- und/oder HIV-1/2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay, ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIV-Antigen-Antikörper-Kombinationstest **4,10****Anmerkung** Die Gebührenordnungspositionen 32575 und 32576 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn die Antikörper-Untersuchungen in einem Ansatz (Antikörper-Kombinationstest) erfolgen.**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01811**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 4395***Kompodium KBV:** Mit dem Antikörper-Kombinationstest werden in einem Ansatz Antikörper gegen HIV1 und HIV-2 nachgewiesen. Mit dem HIV-Antigen-Antikörper-Kombinations-Test wird neben den genannten HIV-Antikörpern zusätzlich auch HIV-Antigen in einem Ansatz nachgewiesen.
(*)

GOP 32575 und 32576 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, auch wenn die Untersuchungen auf Antikörper gegen HIV-1 und HIV-2 in einem Ansatz (Antikörper-Kombinations-Test) erfolgen.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Wird die Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist die Nr. 01811 zu berechnen.**32576*** HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay, ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIV-Antigen-Antikörper-Kombinationstest **4,50****Anmerkung** Die Gebührenordnungspositionen 32575 und 32576 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn die Antikörper-Untersuchungen in einem Ansatz (Antikörper-Kombinationstest) erfolgen.**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 4395***Kommentar:** Wird die Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ausgeführt, ist die Nr. 01811 zu berechnen.

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplexbindungsreaktion, Immunpräzipitation (z.B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32585 bis 32641,

Abrechnungsbestimmung je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulin-klasse, z.B. IgG-, IgM-Antikörper

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 32640 ist die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach Nr. 32571 nicht berechnungsfähig.

Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Reagenzträgern (z.B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z.B. Latexteste) sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen 32585 bis 32641 berechnungsfähig.

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 Euro.

32585***Bordetella pertussis-Antikörper****10,60**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4251*, 4263*, Qualit. Antikörper mittels Ligandenassay A Nr. 4463

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*) Zur Sicherstellung eines wirtschaftlichen Vorgehens sind qualitative und quantitative Untersuchungen eines Parameters zu einem Leistungskomplex zusammengefasst. Ergibt ein qualitativer Suchtest ein negatives Ergebnis, sind Testansätze zur Bestimmung von Antikörperkonzentrationen oder -titern nicht mehr erforderlich. Wird der Nachweis des gleichen Antikörpers sowohl qualitativ als auch quantitativ durchgeführt, ist gemäß der Legendierung die entsprechende GOP dennoch nur einmal berechnungsfähig. (*) Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Testträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach GOP 32585 bis 32641 berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32586***Borrelia burgdorferi-Antikörper****7,10**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4220*, 4236*, 4252*, 4264*

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*)

Zur Sicherstellung eines wirtschaftlichen Vorgehens sind qualitative und quantitative Untersuchungen eines Parameters zu einem Leistungskomplex zusammengefasst. Ergibt ein qualitativer Suchtest ein negatives Ergebnis, sind Testansätze zur Bestimmung von Antikörperkonzentrationen oder -titern nicht mehr erforderlich. Wird der Nachweis des gleichen Antikörpers sowohl qualitativ als auch quantitativ durchgeführt, ist gemäß der Legendierung die entsprechende GOP dennoch nur einmal berechnungsfähig. (*) Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Testträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach GOP 32585 bis 32641 berechnungsfähig.

Als Basisdiagnostik sollten Borrelien-Antikörper nach GOP 32586 als Eingangstest bestimmt werden.

Immunoblots entsprechend GOP 32662 können nicht als Eingangsuntersuchung durchgeführt werden, sondern nur als Bestätigungs- oder Abklärungstests bei positiven oder fraglich positiven Antikörperbefunden.

Nur die im Eingangstest positive oder fraglich positive Immunglobulinklasse ist als Bestätigungstest zulasten der GKV berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32587***Brucella-Antikörper****7,80**

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4221*, 4237*

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32588*	Campylobacter-Antikörper	7,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4222*, 4238*, 4275*, 4287*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
Da sich die Bakteriengattungen <i>Helicobacter</i> und <i>Campylobacter</i> unterscheiden, ist die frühere Gleichsetzung seit Jahren überholt. Die <i>Helicobacter pylori</i> -Antikörper Untersuchung ist deshalb unter „ähnliche Untersuchungen“ mit GOP 32641 berechnungsfähig. Latexverfahren zum Nachweis von Antikörpern gegen <i>Helicobacter pylori</i> sind weder mit GOP 32588 noch mit GOP 32641 berechnungsfähig.		
(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32589*	Chlamydien-Antikörper	10,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4253*, 4265*, 4276*, 4277*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32590*	Coxiella burnetii-Antikörper	13,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4254*, 4266*, 4278*, 4288*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32591*	Gonokokken-Antikörper	8,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4279*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
Mit der GOP 32591 sind die Antikörperbestimmungen berechnungsfähig.		
Der Nachweis von Bakterienantigenen ist mit der GOP 32703 und die kulturelle Untersuchung ist mit der GOP 32741 berechnungsfähig.		
(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32592*	Legionellen-Antikörper	9,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4224*, 4240*, 4255*, 4267*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32593*	Leptospiren-Antikörper	11,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4225*, 4241*, 4256*, 4280*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32594*	Listerien-Antikörper	4,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4226*, 4242*, 4281*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32595*	Mycoplasma pneumoniae-Antikörper	7,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4257*, 4268*, 4290*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32596*	S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper	5,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4228*, 4229*, 4244*, 4245*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32597*	Tetanus-Antitoxin	9,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4234*, 4250*, 4261*, 4272*, 4285*, 4291*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		

32598*	Yersinien-Antikörper	6,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4233*, 4284*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32599*	Leptospiren-Antikörper mittels Mikroagglutinationsreaktion mit Lebendkulturen	31,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4241*, 4256*, 4280*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32600*	Chlamydien-Antikörper (speziesspezifisch) mittels Mikroimmunfluoreszenztest (MIF)	15,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4253*, 4265*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32601*	Adenoviren-Antikörper	10,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4310*, 4337*, 4365*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32602*	Cytomegalievirus-Antikörper	9,80
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32831	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4378*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32603*	Cytomegalievirus-IgM-Antikörper	9,70
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32831	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4378*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32604*	Coxsackieviren-Antikörper	7,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4307*, 4335*, 4363*, 4376*, 4389*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32605*	EBV-EA-Antikörper	8,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4314*, 4315*, 4341*, 4342*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32606*	EBV-EBNA-Antikörper	8,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4316*, 4343*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32607*	EBV-VCA-Antikörper	9,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4311*, 4312*, 4338*, 4339*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32608*	EBV-VCA-IgM-Antikörper	9,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4313*, 4340*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		

32609*	Echoviren-Antikörper	8,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4374*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32610*	Enteroviren-Antikörper	7,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Je nach Aufwand Auswahl aus Nrn. 4335*, 4363*, 4376*, 4400*, 4404*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32611*	FSME-Virus-Antikörper	11,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4317*, 4344*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32612*	HAV-Antikörper	5,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4382*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32613*	HAV-IgM-Antikörper	6,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4383*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
Kommentar:	Die Bestimmung der HAV-IgM-AK ist nur sinnvoll bei positiven HAVAK nach Nr. 32612. Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 Euro.	
32614*	HBc-Antikörper	5,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4393*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32615*	HBc-IgM-Antikörper	8,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4402*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32616*	HBe-Antikörper	9,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4380*, 4403*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32617*	HBs-Antikörper	5,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4381*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32618*	HCV-Antikörper	9,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4406*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32619*	HDV-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion	26,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4405*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32620*	HDV-IgM-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion	28,90
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4405*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		

32621*	HSV-Antikörper	11,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4318* bis 4321*, 4345* bis 4348*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32622*	Influenzaviren-Antikörper	7,60
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4324*, 4325*, 4351*, 4352*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32623*	Masernvirus-Antikörper	11,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4385*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32624*	Mumpsvirus-Antikörper	12,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4328*, 4386*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32625*	Parainfluenzaviren-Antikörper	10,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4329* bis 4331*, 4356* bis 4358*, 4371*, 4372*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32626*	Parvoviren-Antikörper	17,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4307*, 4335*, 4363*, 4376*, 4389*, 4400*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32627*	Polioviren-Antikörper	9,80
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4307*, 4335*, 4363*, 4376*, 4389*, 4400*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32628*	RSV-Antikörper	8,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4359*, 4375*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
32629*	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper	11,30
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01833	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4334*, 4362*, 4388*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
Zur Überprüfung der Immunitätslage bei Anforderung auf Varizellen gilt die Bestimmung des IgG-Antikörpers als ausreichend. VZV-IgA, VZV-IgM und VZV-IgG als zusätzliche Untersuchung ist beim Zielauftrag „Verdacht auf VZV-Reaktivierung“ oder „Verdacht auf Zoster“ zu akzeptieren.		
Die GOP 32629 ist nicht neben der GOP 01833 berechnungsfähig.		
(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012		
32630*	Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper	13,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4399*	
Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.		
Zur Überprüfung der Immunitätslage bei Anforderung auf Varizellen gilt die Bestimmung des IgG-Antikörpers als ausreichend. VZV-IgA, VZV-IgM und VZV-IgG als zusätzliche Untersuchung ist beim Zielauftrag „Verdacht auf VZV-Reaktivierung“ oder „Verdacht auf Zoster“ zu akzeptieren.		

Die GOP 32629 ist nicht neben der GOP 01833 berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32631* Aspergillus-Antikörper **9,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4421*, 4425*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32632* Candida-Antikörper **9,80**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4415*, 4418*, 4422*, 4426*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32633* Coccidioides-Antikörper **24,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4416*, 4419*, 4455*, 4460*, 4462*, 4469*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32634* Histoplasma-Antikörper **18,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4416*, 4419*, 4455*, 4460*, 4462*, 4469*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32635* Cysticercus-Antikörper **18,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 4432*, 4447*, 4455*, 4460*, 4462*, 4469*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32636* Echinococcus-Antikörper **14,20**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4430*, 4435*, 4456*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32637* Entamoeba histolytica-Antikörper **14,70**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4440*, 4448*, 4457*, 4465*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32638* Leishmania-Antikörper **18,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4441*, 4449*, 4458*, 4466*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32639* Plasmodien-Antikörper **15,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4442*, 4451*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

32640* Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt **25,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4469*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

Wenn der Aviditätsgrad von Toxoplasma-IgG-Antikörpern bekannt ist, liefern IgA-Antikörper keine zusätzliche diagnostische Information, deshalb ist die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach GOP 32571 nicht neben der Leistung nach GOP 32640 berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32641* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Antikörperspezifität **11,10**

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbin-

dungsreaktion, Immunpräzipitation (z. B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der **Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32585 bis 32641

Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Antikörperspezifität

Abrechnungsbestimmung je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulin-klasse, z. B. IgG-, IgM-Antikörper

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 32640 ist die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach Nr. 32571 nicht berechnungsfähig.

Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Reagenzträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen 32585 bis 32641 berechnungsfähig.

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 EURO.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32641 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4234*, 4250*, 4261*, 4285*, 4291*, 4302*, 4307*, 4335*, 4363*, 4376*, 4389*, 4400*, 4404*, abhängig von Methode

Kompodium KBV: Siehe auch Nr. 32586.

Die Angabe der Antikörperspezifität (Feldkennung 5002) ist zwingend.

Die Berechnung der GOP 32641 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Die Untersuchung auf Mykobakterien-Antikörper ist keine nach der GOP 32641 berechnungsfähige Leistung, weil sie wegen nicht ausreichender Sensitivität und Spezifität als diagnostisch wertlos und damit unwirtschaftlich gilt. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32642* Nachweis neutralisierender Antikörper mittels Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei, 14,20

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe des Antikörpers

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4261*

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kommentar: Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 Euro.

Untersuchungen auf Antikörper gegen Krankheitserreger mittels Immunreaktion mit elektrophoretisch aufgetrennten und/oder diagnostisch gleichwertigen rekombinanten mikrobiellen/viralen Antigenen (Immunoblot) als Bestätigungs- oder Abklärungstest nach positivem oder fraglich positivem Antikörpernachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.

Kommentar: Der Höchstbetrag für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 Euro.

32660* HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot) 53,60

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4409*

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen. (*)

Die Leistungen nach GOP 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig. Der Höchstwert für GOP 32660 bis 32664 beträgt 66,30 €. Immunoblots

können nicht als Eingangsuntersuchung durchgeführt werden, sondern nur als Bestätigungs- oder Abklärungstests bei positiven oder fraglich positiven Ergebnissen. Lediglich bei den Yersinien-Antikörpern ist der Immunoblot als Eingangsuntersuchung mit der GOP 32663 berechnungsfähig. Aufgrund der „und/oder“-Verknüpfung ist die GOP 32660 auch bei Untersuchung auf HIV-1- und HIV-2-Antikörper in zwei Immunoblots nur einmal berechnungsfähig.(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32661* HCV-Antikörper 44,10

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4408*

Kompendium KBV: Siehe unter Nr. 32660.

32662* Borrelia-Antikörper 20,30

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 4408*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32661.

Der Immunoblot ist eine sehr spezifische und sensitive Methode des Antikörpernachweises, aber auch arbeitsaufwendiger und teurer als andere Methoden. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen ist deshalb die Eingangsdiagnostik mit geeigneten Standardmethoden, wie z. B. Immunoassay oder Immunfluoreszenz, durchzuführen.(*) Nur wenn aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit besteht, die Spezifität eines positiven (reaktiven) Ergebnisses der Erstuntersuchung zu bestätigen oder nicht eindeutige Testergebnisse abzuklären, können Immunoblots nach GOP 32660 bis 32663 und Abschnitt 32.3 berechnet werden.(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32663* Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest 20,10

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 4408*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32661.

Als Sonderfall kann die Untersuchung auf Yersinien- Antikörper mittels Immunoblot auch als Eingangsuntersuchung berechnet werden.(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32664* Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Krankheitserregers 19,20

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32664 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 4408*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32661.

Die Angabe des Krankheitserregers (Feldkennung 5002) ist obligat.

Auf die gesonderte Begründung zur betreffenden GOP in Feldkennung 5009 kann verzichtet werden, wenn ein von der Begründungspflicht ausgenommenes Untersuchungsverfahren angewandt wurde oder sich bereits aus der in der Abrechnung angegebenen Diagnose die Notwendigkeit der Untersuchung im Einzelfall ergibt.(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32670* Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach 58,00

ex-vivo Stimulation mit Antigenen (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex (außer BCG) bei Patienten

- vor Einleitung einer Behandlung mit einem Arzneimittel, für das der Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose in der Fachinformation (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels / Summary of Product Characteristics) des Herstellers gefordert wird Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis-complex (außer BCG)
- vor Einleitung einer Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz

- vor Durchführung einer Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas *mit einer HI-Virus Infektion nur vor einer Therapieentscheidung einer behandlungsbedürftigen*)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32670 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als „Ähnliche Untersuchung“ für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung so nicht in der GOÄ vorhanden, daher analoger Ansatz der Nr. 4273*.

Kompodium KBV: GOP 32560 bis 32670 sind nur bei infektionsimmunologischen Untersuchungen im Rahmen der kurativen Medizin berechnungsfähig. Bei Prävention o. Ä. sind die GOP des Abschnitts 1.7 EBM zu berechnen.(*)

Die GOP 32670 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als „Ähnliche Untersuchung“ für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig.(*). nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32.3.8 Parasitologische Untersuchungen

32680* Nachweis von Parasiten-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, **9,00**

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe des Antigens

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4759*, 4768*

Kompodium KBV: Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die GOP 32680 umfasst den Direktnachweis von Antigenen aus Körpermaterial. Mikrobiologische Antigennachweise nach Kultivierung oder als Differenzierung nach Anzüchtung sind nicht mit dieser GOP berechnungsfähig.

Die Berechnungsfähigkeit von Immunoassays für den Antigennachweis (Direktnachweis) ist auf eine standardisierte und qualitätskontrollierte Methodik beschränkt, die in der Leistungslegende durch das Kriterium der photometrischen Messung beschrieben und z. B. nach DIN 58 967 Teil 30 genormt ist. Gleichwertige Verfahren sind Chemilumineszenz- oder Radioaktivitätsmessungen. Durch diese höhere Methodenanforderung werden Schnelltests auf der Basis vorgefertigter Testträger mit vereinfachter Handhabung und visueller Ablesung abgegrenzt, die hinsichtlich Aufwand und Befundqualität insgesamt nicht den Standardmethoden gleichgesetzt werden können.(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32681* Kulturelle Untersuchung auf Protozoen **5,70**

Obligator Leistungsinhalt

- Kulturelle Untersuchung auf Protozoen, z.B. auf Trichomonaden, Lamblien

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4760* bis 4763*

Kompodium KBV: Die Angabe der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) ist zwingend.

32682* Systematische parasitologische Untersuchung auf einheimische und/oder tropische Helminthen und/oder Helmintheneier nach Anreicherung, z.B. SAF-, Zink-Sulfat-Anreicherung, einschl. aller mikroskopischen Untersuchungen **6,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4744*, 4750*

Kompodium KBV: Die mikroskopische Suche nach Wurmeiern ohne Anreicherung oder in einem einfach gefärbten Präparat, auch in sog. Analabdruckpräparaten ist nur nach GOP 32045 berech-

nungsfähig. Die Routineuntersuchung auf Würmer bei der sogenannten Fokussuche gilt als nicht ausreichend gesicherte und nicht indizierte Methode.

Die GOP 32682 kann nur berechnet werden, wenn Untersuchungsmethoden gemäß GOP 32681 zur Diagnosesicherung nicht ausreichen, sondern gezielt spezielle parasitologische Aufbereitungsmethoden eingesetzt werden müssen und wenn besondere differentialdiagnostische Fachkenntnisse über alle ätiologisch zu berücksichtigenden Parasiten vorhanden sind.

Kommentar: Die Anreicherung ist bei der Suche nach Wurmeiern obligater Leistungsinhalt.

Die mikroskopische Suche nach Wurmeiern, z. B. in sogenannten Analabdruckpräparaten, kann nur nach Nr. 32045 berechnet werden.

32.3.9 Mykologische Untersuchungen

32685* Nachweis von Pilz-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Agglutination und/oder Immunpräzipitation, **10,40**

GOÄ

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe des Antigens entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4705* bis 4708*

Kompendium KBV: Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist zwingend.

32686* Nachweis von Pilz-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, **11,70**

GOÄ

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe des Antigens entsprechend oder ähnlich: Nr. 4712*

Kompendium KBV: Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist zwingend.

32687* Kulturelle mykologische Untersuchung **4,60**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kulturelle mykologische Untersuchung
 - nach Aufbereitung (z.B. Zentrifugation, Auswaschung)
- und/oder
- unter Verwendung von mindestens 2 Nährmedien
- und/oder
- als Langzeitkultivierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

Abrechnungsbestimmung unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials

Anmerkung Die mykologische Untersuchung von Haut-, Schleimhaut- oder Vaginalabstrichen einschl. von Vaginalsekret ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 32687, sondern nach der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4715* bis 4717*

Kompendium KBV: Die Angabe der Art des Untersuchungsmaterials (Feldkennung 5002) ist zwingend.

Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 32687 ist die Durchführung mindestens einer der drei in der Leistungslegende genannten Maßnahmen (Aufbereitung, Langzeitkultivierung über mehrere Wochen, zwei verschiedene Pilznährmedien).

Die Notwendigkeit für eine oder mehrere dieser Maßnahmen muss sich aus der Art des Untersuchungsmaterials und der diagnostischen Fragestellung ergeben.

Die Notwendigkeit der Verwendung mehrerer Nährmedien richtet sich nach dem anerkannten Stand mykologischer Diagnostik. Wenn der Pilznachweis in der Regel auf einem einzelnen üblichen Pilznährboden gelingt, wie beispielsweise bei einer Soorkepilzinfektion oder anderen Haut- und Schleimhautabstrichen mit im Krankheitsfall hohen Keimzahlen,

sind mehrere Nährmedien nicht notwendig, und deshalb ist in diesen Fällen nicht die GOP 32687, sondern nur die GOP 32151 berechnungsfähig. (*)

Die Untersuchung von Pilzen im Stuhl bei Immungesunden gilt als nicht ausreichend gesicherte und nicht indizierte Methode.

Pilzuntersuchungen im Stuhl im Rahmen von, z. B. Dysbakterieuntersuchung, Dysbiose, Kyberstatus oder intestinalem Ökogramm stellen nach derzeitigem Kenntnisstand keine GKV-Leistungen dar. Auch in den „Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik“ der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Nr. 9 „Infektionen des Darms“, 2000, werden sog. „Dysbiose- oder Dysbakterie-Untersuchungen“ als nicht ausreichend gesicherte und nicht indizierte Methoden bewertet.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32688* Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen 2,70

Obligatorer Leistungsinhalt

- Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen mittels kultureller Verfahren und mikroskopischer Prüfung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Biochemische Differenzierung,

Abrechnungsbestimmung je Pilzart

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32688 ist bei derselben Pilzart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4722*, 4723*

GOÄ

Kompodium KBV: Die Differenzierung von Hefen ist nicht mit GOP 32688 berechnungsfähig.

Kommentar: Die EBM Nr. 32688 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

Neben der EBM Nr. 32688 sind nicht abrechenbar: 01600, 01601.

32689* Biochemische Differenzierung von Hefen 10,10

Obligatorer Leistungsinhalt

- Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens 8 Reaktionen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kulturelle Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je Hefeart

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32689 ist bei derselben Hefeart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4721*

GOÄ

Kompodium KBV: Kulturelle Verfahren sind Bestandteil des fakultativen Leistungsinhaltes und daher nicht gesondert berechnungsfähig.

Kommentar: Die EBM Nr. 32689 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

Neben der EBM Nr. 32689 sind nicht abrechenbar: 01600, 01601.

32690* Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren, 2,30

Abrechnungsbestimmung je Antiserum

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32690 beträgt 11,50 Euro. entsprechend oder ähnlich: Nr. 4723*

GOÄ

Kommentar: Die EBM Nr. 32690 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

Neben der EBM Nr. 32690 sind nicht abrechenbar: 01600, 01601.

32691* Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen in Reinkultur, 5,60

Abrechnungsbestimmung insgesamt je Körpermaterial

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4727*, 4728*

Kompendium KBV: Unabhängig von der Anzahl und Art der durchgeführten Empfindlichkeitsprüfungen kann die GOP 32691 nur einmal je Körpermaterial berechnet werden.

32692* Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF- Massenspektrometrie (Matrixunterstützte Laser-Desorptions-Ionisationsflugzeit) **6,59**

Abrechnungsbestimmung je Art

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32692 ist bei derselben Art nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32688 und 32689 berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen

32700* Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Agglutination und/oder Immunpräzipitation, **9,50**

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung unter Angabe des Antigens

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4500* – 4504*

Kompendium KBV: Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Leistungslegende nach GOP 32700 beinhaltet einen mikrobiologischen Antigennachweis aus einem Körpermaterial als Direktnachweis, also ohne zeitaufwendige kulturelle Untersuchung. Antigennachweise im Rahmen von Kulturbestätigungstesten oder als Differenzierungsmethode nach Anzüchtung sind nicht nach diesen GOP berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32703 bis 32707,

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32706 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus-duodeni-Erkrankung oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulkus-Erkrankung.

32703* Neisseria gonorrhoeae **7,20**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4524*

Kompendium KBV: Mit GOP 32703 ist der Nachweis der Bakterien-Antigene berechnungsfähig.

Der Nachweis der Antikörper ist mit GOP 32591 und die kulturelle Untersuchung mit GOP 32741 berechnungsfähig

32704 Mycoplasma pneumoniae **9,70**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4525*

32705 Shigatoxin (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung **9,30**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4594*

Kompendium KBV: Eine Toxinanreicherung durch kulturelle Verfahren nimmt der Untersuchung nicht die Eigenschaft des Direktnachweises. Das Untersuchungsziel besteht nicht primär in der Isolierung kulturell angezüchteter Bakterien, sondern im Schnellnachweis des pathogenetisch relevanten Toxins. Hinsichtlich der Nebeneinanderabrechnung von Antigennachweis und kultureller Untersuchung sind folgende diagnostische Abläufe zu unterscheiden:

- Nur Toxinnachweis mit kultureller Anreicherung: GOP 32705, die Anreicherungskultur ist in der Leistung eingeschlossen und nicht gesondert berechnungsfähig.

- Toxinnachweis mit kultureller Anreicherung, die gleichzeitig für die Erregerisolierung verwendet wird, z. B. ein EHEC-Spezialmedium: gleicher Aufwand wie vorher, deshalb nur die GOP 32705.

- Toxinnachweis und kulturelle Stuhluntersuchung auf weitere darmpathogene Bakterien: abhängig vom notwendigerweise erbrachten Untersuchungsaufwand GOP 32705 neben GOP 32722 oder 32723,

(die unterschiedlichen Abrechnungsvoraussetzungen gemäß der Leistungslegenden sind zu beachten).(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32706**Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl****23,50**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02400, 32315

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4525*

Kompodium KBV: Die GOP 32706 ist nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer *Helicobacter pylori*-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus duodeni-Erkrankung oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulkus-Erkrankung.

Vereinfachte Schnelltests mit visueller Auswertung sind ebenfalls nicht nach GOP 32706 berechnungsfähig. (*)

Die Leistungen nach GOP 02400 und 32315 sind nicht neben GOP 32706 berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32707**Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens****11,90**

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32707 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4525*

Kompodium KBV: Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist obligat.

Die Berechnung der GOP 32707 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Schnelltests auf der Basis vorgefertigter Testträger können nicht mit GOP 32707 abgerechnet werden (z. B. Antigen-Schnelltests auf B-Streptokokken, können wie weitere Erregernachweise mangels eigenständiger Leistungsposition nur der GOP 32030 zugeordnet werden).(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien, gilt für 32720 bis 32727

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Anstelle der Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 sind die Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.

32720**Urinuntersuchung mit mindestens zwei Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung****5,50**

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32725, 32726, 32727 am Behandlungstag 32151

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4530* ff.

Kompodium KBV: Gemäß der Legendierung sind bei bakteriologischen Untersuchungen diverse Ausschlüsse in der Berechnungsfähigkeit dieser GOP gegenüber weiteren GOP zu beachten. Anstelle der Leistungen nach GOP 32720 bis 32724 sind die Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistungen nach GOP 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 berechnungsfähig.

Die Leistungslegende der GOP 32720 erfordert die Anzüchtung und Isolierung der Bakterien auf geeigneten Nährböden (Primärkulturen). Dies muss auf mindestens zwei verschiedenen Nährmedien erfolgen.

Eintauchnährböden sind nicht mit GOP 32720, sondern nur mit der GOP 32151 berechnungsfähig.

Falls der beimpfte Nährbodenträger Keimwachstum aufweist und damit mindestens zwei neue Nährböden angelegt werden, kann die GOP 32720 berechnet werden.

Bakteriologische Urinuntersuchungen sind nicht mit GOP 32726 oder 32727 berechnungsfähig.

32721 Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z.B. Sputum, Bronchialsekret, mit mindestens drei Nährböden 7,20

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32725, 32726, 32727, 32740 entsprechend oder ähnlich: Nr. 4530* ff.

GOÄ

Kompodium KBV: Die Anzüchtung auf mindestens drei verschiedenen Nährböden ist erforderlich. Siehe auch unter Nr. 32720.

32722 Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z.B. auf Clostridien 8,00

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32725, 32726, 32727

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4539*

GOÄ

Kompodium KBV: Siehe auch unter EBM Nummer 32721.

Die kulturelle Stuhluntersuchung gemäß der GOP 32722 beinhaltet die Standarduntersuchung auf darmpathogene Bakterien, z. B. auf Salmonellen und Shigellen.

Die kulturelle Stuhluntersuchung nach der GOP 32722 beinhaltet die Standarduntersuchung auf darmpathogene Bakterien, z. B. auf Salmonellen und Shigellen. Wird die Untersuchung durch zusätzliche Spezialverfahren zum Nachweis von Yersinien und Campylobacter erweitert, ist die GOP 32723 mit der GOP 32722 als eingeschlossener Teilleistung berechnungsfähig. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32723 Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, einschl. Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z.B. auf Clostridien 10,70

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32725, 32726, 32727

entsprechend oder ähnlich: Nr. 4539*

GOÄ

Kompodium KBV: Siehe Erläuterungen zu EBM Nr. 32722.

32724 Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut 11,70

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32725, 32726, 32727, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4531* ff.

Kompodium KBV: Siehe Erläuterungen zu EBM Nr. 32722.

32725 Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart 9,40

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32726, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4530* ff.

Kompodium KBV: Siehe Erläuterungen zu EBM Nr. 32722

Kommentar: Nach Nr. 32720 ist Urin-Untersuchung nach Blasenpunktion zu berechnen.

32726 Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart 6,40

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32725, 32740

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4530* ff.

Kompodium KBV: Die Angabe der Materialart (Feldkennung 5002) ist zwingend.

Siehe Erläuterungen zu EBM Nr. 32722.

32727 Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart 8,50

Abrechnungsausschluss bei demselben Material 32720, 32721, 32722, 32723, 32724, 32740, 32741, 32742, 32743, 32744, 32745, 32746

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4538* oder 4539*

Kompodium KBV: Die Angabe der Materialart (Feldkennung 5002) ist zwingend.

Es müssen für die bakteriologische Untersuchung mindestens fünf verschiedene bakteriologische Nährböden (keine Pilznährböden) verwendet werden.

Als ein „anderes Körpermaterial“ gelten Materialien, die nicht in einer der Leistungslegenden der GOP 32720 bis 32727 namentlich aufgeführt sind. Urin kann folglich nicht als „anderes Körpermaterial“ der Leistung nach GOP 32726 zugeordnet werden.

Die Untersuchung nach der GOP 32727 ist auf bestimmte Indikationen und Materialien beschränkt. Gemäß der Legendierung sind bei bakteriologischen Untersuchungen diverse Ausschlüsse in der Berechnungsfähigkeit dieser GOP gegenüber weiteren GOP zu beachten. Anstelle der Leistungen nach GOP 32720 bis 32724 sind die Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig. Die Leistung nach GOP 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig. Die Leistungen nach GOP 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32725 bis 32727 berechnungsfähig.

Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger, gilt für 32740 bis 32747

Obligatorer Leistungsinhalt

- Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung**Abrechnungsausschluss** bei demselben Material 32721, 32726, 32727**32740** Untersuchung auf betahämolisierende Streptokokken, z.B. aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden **5,40**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4530*

Kompendium KBV: Die Leistung nach GOP 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig. Die Leistungen nach den GOP 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig. Für den Nachweis von beta-hämolisierenden Streptokokken aus dem Rachen (Scharlachdiagnostik) sind ein Universal- und ein Selektivnährboden erforderlich. (*) Die Untersuchungen mit nur einem Nährboden erfüllen nicht die Leistungslegende der GOP 32740 und sind nur mit der GOP 32151 berechnungsfähig. Andere kulturelle Untersuchungen aus Sekreten der Luftwege werden der GOP 32721 zugeordnet.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32741 Untersuchung auf *Neisseria gonorrhoeae* unter vermehrter CO₂-Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder β -Lactamaseprüfung **5,20**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4532*

Kompendium KBV: Die Leistung nach GOP 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig. Die Leistungen nach den GOP 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach GOP 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig.

Mit der GOP 32741 ist die kulturelle Untersuchung auf Gonokokken berechnungsfähig.

Der Nachweis von Bakterienantigenen ist mit der GOP 32703 und die Antikörperbestimmung ist mit der GOP 32591 berechnungsfähig.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32742 Untersuchung auf Aktinomyzeten **6,20**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4538*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741.

32743 Untersuchung auf Borrelien **6,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4538*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741.

32744 Untersuchung auf Mykoplasmen, ggf. auch mehrere Gattungen (z.B. *Mycoplasma*, *Ureaplasma*) **9,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4539*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741. Die Anzüchtung beider Gattungen (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) ist nur einmal berechnungsfähig.

32745 Untersuchung auf Legionellen **6,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4539*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741.

32746 Untersuchung auf Leptospiren **6,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4538*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741.

32747 Untersuchung auf Mykobakterien mit mindestens einem flüssigen und zwei festen Kulturmedien **34,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4540*

Kompendium KBV: Siehe auch Nr. 32741. Gemäß der Leistungslegende sind mindestens drei verschiedene Kulturmedien erforderlich. Die GOP 32747 ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als drei Kulturen angesetzt werden (Ausnahme: Unterschiedliche Materialien, z. B. zu verschiedenen Zeitpunkten entnommene Sputumproben).

32748 Bakteriologische Untersuchung in vivo **13,80****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bakteriologische Untersuchung in vivo, z.B. Toxinnachweis,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachfolgende kulturelle und mikroskopische Untersuchungen,

Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4601*

Kompendium KBV: Die Angabe des Krankheitserregers (Feldkennung 5002) ist zwingend.

Die Leistungslegende der GOP 32748 umfasst als obligaten Leistungsinhalt den in vivo-Nachweis (Tierversuch etc.) von Bakterien. Rein kulturelle Nachweisverfahren sind nicht mit der GOP 32748 berechnungsfähig.

Die Kosten für das im Zusammenhang mit den Untersuchungen gemäß GOP 32748 verwendete tierische Material sind mit der Vergütung abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig. (*)

Die Leistung nach GOP 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig. Der Tuberkulose-Nachweis durch Tierversuche stellt keine vertragsärztliche Leistung mehr dar.

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32749 Nachweis bakterieller Toxine, z.B. Verotoxine, mittels Zellkultur(en), **12,80****Abrechnungsbestimmung** je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4542* oder 4543*

32750 Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren, **3,90****Abrechnungsbestimmung** je Antiserum**Anmerkung** Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32750 beträgt 39,00 Euro.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Nrn. 4572* – 4576*

Kompendium KBV: Mit dieser GOP sind z. B. Identifizierung bzw. Typisierung von *Bacillus anthracis* bzw. *Salmonellen* und *Shigellen* unter Verwendung von Antiseren berechnungsfähig.Kommentar: Unter die Leistung fallen auch Identifizierungen bzw. Typisierungen von *Salmonellen*, *Shigellen* und *Colibakterien*.**32759*** Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit) **6,59****Abrechnungsbestimmung** je Bakterienart**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32759 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 berechnungsfähig.**Berichtspflicht** Nein

Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien, gilt für 32760 bis 32765

Obligater Leistungsinhalt

- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
 - biochemischer und/oder kultureller Verfahren
 - oder
 - Nukleinsäuresonden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Subkultur(en),

Abrechnungsbestimmung je Bakterienart und/oder -typ

32760

Verfahren mit bis zu drei Reaktionen

3,60

Abrechnungsausschluss bei derselben Bakterienart 32761, 32762, 32763, 32764, 32765 entsprechend oder ähnlich: Nr. 4546*

GOÄ

Kompodium KBV: GOP 32760 bis 32762 entsprechen einer Stufendiagnostik mit zunehmendem Untersuchungsaufwand, sie sind deshalb bei derselben Bakterienart nicht nebeneinander berechnungsfähig. Als Reaktion im Sinne der Leistungsbeschreibungen gilt jeweils eine kulturelle (z. B. Wachstumshemmung durch bestimmte Substanzen) oder biochemische (z. B. Koagulasenachweis) Differenzierungsmethode, die einzeln oder in bestimmten Kombinationen (sog. Bunte Reihe) durchgeführt wird. Die besonders aufwendige Differenzierung von strikten Anaerobiern oder Mykobakterien kann nach den erregerbezogenen Leistungskomplexen nach GOP 32763 bis 32765 abgerechnet werden. Die zuletzt genannten GOP schließen auch Nukleinsäuresonden (Gensonden) als Differenzierungsmethode ein (s. GOP 32820).1.(*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32760 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 und 32761 bis 32765 berechnungsfähig.

32761

Verfahren mit mindestens vier Reaktionen

5,30

Abrechnungsausschluss bei derselben Bakterienart 32760, 32762, 32763, 32764, 32765 entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4545* oder 4546*

GOÄ

Kompodium KBV: Siehe Hinweise zu Nr. 32760.

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32761 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759, 32760 und 32762 bis 32765 berechnungsfähig.

32762

Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen

8,80

Abrechnungsausschluss bei derselben Bakterienart 32760, 32761, 32763, 32764, 32765 entsprechend oder ähnlich: Nr. 4547*

GOÄ

Kompodium KBV: Siehe Hinweise zu Nr. 32760.

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32762 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32761 und 32763 bis 32765 berechnungsfähig.

32763

Differenzierung von strikten Anaerobiern

13,30

Abrechnungsausschluss bei derselben Bakterienart 32760, 32761, 32762, 32764, 32765 entsprechend oder ähnlich: Nr. 4550*

GOÄ

Kompodium KBV: Siehe Hinweise zu Nr. 32760.

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32763 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32762, 32764 und 32765 berechnungsfähig.

32764

Differenzierung von Tuberkulosebakterien (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, BCG-Stamm)

28,40

Abrechnungsausschluss bei derselben Bakterienart 32760, 32761, 32762, 32763, 32765

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4551*, 4585*

Kompendium KBV: Siehe Hinweise zu Nr. 32760.

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32764 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32763 und 32765 berechnungsfähig.**32765** Differenzierung von Mykobakterien, die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. ubiquitäre Mykobakterien), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden **34,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4585*

Kompendium KBV: Siehe Hinweise zu Nr. 32760.

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 32765 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32764 berechnungsfähig.**32768** Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in mindestens acht Verdünnungsstufen, **18,70**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4612*

Kompendium KBV: MHK-Bestimmungen können bei Patienten mit systemischen Infektionen erforderlich sein. Die Leistungslegende schließt die Anwendung der GOP 32768 bei Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten isolierten Bakterien aus.

32769 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32768 bei Bestimmung der minimalen bakteriziden Konzentration (MBK) durch Subkulturen, **9,20**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4613*

Abrechnungsbestimmung je Untersuchungsprobe**32770** Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien in Reinkultur, **7,90****Abrechnungsbestimmung** je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils zwei Abstufungen**Anmerkung** Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32770 beträgt 39,50 Euro je Mykobakterienart.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4610* – 4614*

Höchstwerte

Höchstwert	GOP
39,50 Euro	32770

Kommentar: Die EBM Nr. 32770 ist neben den folgenden EBM Nrn. nicht berechenbar: 08550 bis 08552, 08560, 08561, 31010 bis 31013, 34291.

Neben der EBM Nr. 32770 sind nicht abrechenbar: 01600, 01601.

32772* Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten gramnegativen Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie mindestens drei für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen **6,93****Fakultativer Leistungsinhalt**

Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,

Abrechnungsbestimmung je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.

Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.

Höchstwerte

Höchstwert	GOP
20,79 Euro	32773, 32772

Kommentar: Diese EBM Nr. ist neu aufgenommen und umfasst die gestrichenen Nrn. der Empfindlichkeitsprüfung nach 32766 und 32767, um die Resistenztestung klinisch relevanter gramnegativer Bakterien nach dem neuesten Stand der Wissenschaft durchzuführen.

Siehe unter EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing: www.eucast.org/) oder CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute: <https://clsi.org/>)

32773* Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten grampositiven Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie der für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen **6,93**

Fakultativer Leistungsinhalt

Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,

Abrechnungsbestimmung je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.

Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.

Höchstwerte

Höchstwert	GOP
20,79 Euro	32773, 32772

Kommentar: Neu gefasst auf der Basis des zur Zeit aktuellen wissenschaftlichen Standes der antimikrobiellen Resistenztestung und nach den Vorgaben von EUCAST (<http://www.eucast.org/>) und dem deutschen Nationalen Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitee (NAK = Das NAK ist das nationale Antibiotika-Sensitivitätstest-Komitee des EUCAST in Deutschland) (<http://www.nak-deutschland.org/nak-deutschland/EUCAST-Dokumente.html>) wurde die EBM Nr. 32773 aufgenommen und die bisherigen EBM Nrn. 32766 und 32767 wurden gestrichen.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nrn.4610, 4612, 4614 abhängig von Methode.

32774* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32772 bei gramnegativen Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en), **8,50**

Abrechnungsbestimmung je Bakterienart und Resistenzmechanismus

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Der Bewertungsausschuss übernahm die Vorgaben von EUCAST (siehe Kommentar zu Nr. 32773 mit entsprechenden Links) zur Ausführung der Tests zur Bestätigung bei Verdacht auf Multiresistenz für gramnegative Bakterien.

Durch die differenziert Abbildung der Tests wird in der Zukunft durch die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte eine Aussage über die Häufigkeit von Multiresistenzen im ambulanten Bereich möglich.

GOÄ entsprechend oder ähnlich GOÄ Nrn.4610, 4612, 4614 abhängig von Methode.

32775* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32773 bei grampositiven Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en), **8,50**

Abrechnungsbestimmung je Bakterienart und Resistenzmechanismus

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Die Durchführung dieser Tests bei Multiresistenz -Verdacht bei grampositiven Bakterien entspricht: EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing: www.eucast.org/) und CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute: <https://clsi.org/>)

Siehe Kommentar zu Nr. 32773

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nrn.4610, 4612, 4614 abhängig von Methode.

32.3.11 Virologische Untersuchungen

Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für 32780 bis 32791

Abrechnungsbestimmung je Untersuchung

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus

32780 Hepatitis A-Virus (HAV) **7,70**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4641*

Kompodium KBV: Die Leistungslegende nach GOP 32780 bis 32791 beinhaltet einen virologischen Antigen-nachweis aus einem Körpermaterial als Direktnachweis, also ohne zeitaufwendige kulturelle Untersuchung. Die Berechnungsfähigkeit von Immunoassays für den Antigen-nachweis (Direktnachweis) ist auf eine standardisierte und qualitätskontrollierte Methodik beschränkt, die in der Leistungslegende durch das Kriterium der photometrischen Messung beschrieben und z. B. nach DIN 58 967 Teil 30 genormt ist. Gleichwertige Verfahren sind Chemilumineszenz- oder Radioaktivitätsmessungen. Durch diese höhere Methodenanforderung werden Schnelltests auf der Basis vorgefertigter Testträger mit vereinfachter Handhabung und visueller Ablesung abgegrenzt, die hinsichtlich Aufwand und Befundqualität insgesamt nicht den Standardmethoden gleichgesetzt werden können. Beispiele für nicht mit GOP 32702 bis 32707 berechnungsfähige Antigennachweise sind Schnelltests auf Chlamydien (GOP 01812, 32153), A-Streptokokken (GOP 32152) oder B-Streptokokken, die wie weitere Erregernachweise mangels eigenständiger Leistungspositionen lediglich als orientierende Untersuchungen der GOP 32030 zugeordnet werden können. (*)

(*) nach Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.01.2012

32781 Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg) **5,50**

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01810

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4643*

Kompodium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.

32782 Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg) **10,90**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4642*

Kompodium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.

32783 Humanes Immunschwäche-Virus (HIV) **27,50**

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32824

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4648*, 4680*

Kompodium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.

32784	Cytomegalievirus (CMV)	18,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4648*, 4680*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32785	Herpes simplex-Viren	17,30
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4648*, 4680*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32786	Influenzaviren	9,20
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4644*, 4676*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32787	Parainfluenzaviren	6,10
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4645*, 4677*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32788	Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)	18,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4647*, 4679*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32789	Adenoviren	8,70
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4640*, 4675*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32790	Rotaviren	7,40
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4646*, 4678*	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
32791	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens	13,20
Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4648* (Nativmaterial), Nr. 4680* (angezüchtete Viren)	
Kompendium KBV: Siehe Hinweise bei Nr. 32780.		
Die Angabe des Antigens (Feldkennung 5002) ist zwingend.		
Die Berechnung der GOP 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.		
32792	Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren	46,00
Obligatorer Leistungsinhalt		
• Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren		
Fakultativer Leistungsinhalt		
• Verwendung spezifischer Antiseren (Immunelektronenmikroskopie)		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4671*	
32793	Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo	10,30
Obligatorer Leistungsinhalt		
• Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo		
Fakultativer Leistungsinhalt		
• Folgekulturen (Passagen)		
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4655*	
Kompendium KBV: Die GOP 32793 ist nicht für die Anzüchtung von Chlamydien berechnungsfähig.		

GOP 32792 bis 32794 unterliegen einem Höchstwert (46,00 €), der sich auf die Gesamtheit der Untersuchungen gemäß GOP 32792 bis 32794 für ein Material bezieht. Wird mehr als ein Material untersucht, so ist in den Abrechnungsunterlagen darauf hinzuweisen.

32794 Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei 10,20

Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794 beträgt 46,00 Euro je Körpermaterial.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog Nr. 4655*

32795 Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei, 9,20

Abrechnungsbestimmung je Antiserum

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analog Nr. 4655*

32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen

32819 DNA -Nachweis ausschließlich von High – Risk - HPV-Typen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Hybridisierung ggf. einschließlich Aufbereitung und/oder Amplifikation (z.B. Nukleinsäureisolation, -denaturierung, -transfer) bei Zustand nach operativem (operativen) Eingriff(en) an der Cervix uteri wegen CIN I bis CIN III, 28,00

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 32819 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32819 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32820 berechnungsfähig.

32820 DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen aus einem Zervix-/Vaginalmaterial mittels sequenzspezifischen Nachweises ggf. einschl. Aufbereitung und/oder Amplifikation nur bei einem Zervixzytologiebefund ab Gruppe III nach Münchner Nomenklatur III 28,00

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 32820 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenposition 32820 ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 32819 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Die GOP 32820 ist ausschließlich bei HPV-DNA-Nachweis einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist zusätzlich die GOP 32859 berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach GOP 32820 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.

32821 Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus vor Gabe CCR5-Korezeptor-Antagonisten oder bei Verdacht auf Therapieversagen unter Gabe eines CCR5-Korezeptor-Antagonisten gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation) 260

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung auf pharmakologisch relevante Eigenschaften des HI-Virus im Bereich des HIV-env-gp120 Gens,
- Isolierung und Amplifikation von HI-Virusnukleinsäuren, ggf. auch mehrfach,
- Sequenzierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Reverse Transkription,
- Amplifikationskontrolle (z.B. mittels Gelelektrophorese),

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Darüber hinausgehende Untersuchungen sind nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.

Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.

Kompodium KBV: Die Untersuchung nach GOP 32821 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Darüber hinausgehende Untersuchungen sind nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.

Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.

32822

Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus unter Gabe eines Fusions-Inhibitors oder Integrase-Inhibitors bei Verdacht auf Therapieversagen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)

260

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung auf pharmakologisch relevante Eigenschaften des HI-Virus im Bereich des HIV-env-gp41 Gens oder des HIV-Integrase Gens,
- Isolierung und Amplifikation von HI-Virusnukleinsäuren, ggf. auch mehrfach,
- Sequenzierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Reverse Transkription,
- Amplifikationskontrolle (z.B. mittels Gelelektrophorese)

Abrechnungsbestimmung höchstens zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32822 setzt die Angabe des Gens als Art der Untersuchung voraus.

Darüber hinausgehende Untersuchungen sind nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.

Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.

Kompodium KBV: Die Untersuchung nach GOP 32822 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Berechnung der GOP 32822 setzt die Angabe des Gens als Art der Untersuchung voraus.

Darüber hinausgehende Untersuchungen sind nur mit ausführlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.

Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.

Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial (Direkt-nachweis) mittels einer Amplifikationsmethode (z.B. Polymerase-Kettenreaktion), einschl. Aufbereitung (z.B. Zellisolierung, Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifikationskontrolle des Amplifikats (z.B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl. reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen, je Erregerart und/oder -typ, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32823 bis 32827,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32823 ist im Behandlungsfall höchstens dreimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32824 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Davon abweichend sind Bestimmungen der Virusmenge zu Beginn oder bei einer Umstellung der medikamentösen antiretroviralen Therapie bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 32826 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von *C. trachomatis* nicht berechnungsfähig.

Bei der quantitativen Bestimmung von HCV-RNA ist die Gebührenordnungsposition 32823 bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

32823 **Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA oder Hepatitis C-Virus-RNA vor oder während der antiviralen Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga** **89,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4783* – 4787*

Kompendium KBV: Die Berechnungsfähigkeit der quantitativen Bestimmung der HBV-DNA oder HCV-RNA nach GOP 32823 vor oder während der antiviralen Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga ist entsprechend der aktuellen Erkenntnisse zur medizinischen Notwendigkeit auf maximal dreimal im Behandlungsfall eingeschränkt worden.

Die Quantifizierung ist obligater Bestandteil der GOP 32823. Die qualitative Bestimmung der HBV-DNA ist nicht berechnungsfähig, die qualitative Bestimmung von HCV RNA ist mit der GOP 32835 berechnungsfähig.

32824 **HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-RNA zur Bestimmung der Virusmenge für die Entscheidung über den Beginn einer medikamentösen antiretroviralen Therapie bei HIV-Infizierten nach positivem Antikörpernachweis und zur Überwachung und ggf. Umstellung der antiretroviralen Therapie oder zum Nachweis einer HIV-Infektion des Neugeborenen einer HIV-antikörperpositiven Mutter** **112,50**

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32376, 32378, 32783

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4783* – 4787*

Kompendium KBV: Die Leistung nach GOP 32824 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Davon abweichend sind Bestimmungen der Virusmenge zu Beginn oder bei einer Umstellung der medikamentösen antiretroviralen Therapie bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach GOP 32824 sind die Leistungen nach GOP 32376, 32378 und 32783 in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

32825 **DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex (MTC) aus respiratorischen Sekreten von Patienten mit begründetem Verdacht auf eine Lungentuberkulose, wenn mikroskopisch keine säurefesten Stäbchen nachweisbar sind, aus respiratorischen Sekreten von AIDS-Patienten auch bei mikroskopisch positivem Befund, oder aus Liquor cerebrospinalis bei Verdacht auf Meningitis tuberculosa** **61,40**

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32830

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4780* – 4787*

Kompendium KBV: Die GOP 32825 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Der Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis nach GOP 32830 und der Direktnachweis von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex (MTC) mittels einer Amplifikationsmethode nach GOP 32825 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

32826 **Chlamydia trachomatis-DNA und/oder -RNA** **20,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4780* – 4787*

Kompendium KBV: Die GOP 32826 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach GOP 32826 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von *C. trachomatis* nicht berechnungsfähig.

32827 **Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps vor antiviraler Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga** **85,00**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 4780* – 4787*

Kompendium KBV: Die GOP 32827 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

32828 Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß Anlage A der BUB- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **260,00**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nr. 4873*

Kompendium KBV: Änderung der Legende der Leistung nach der GOP 32828 zum 01.01.2013.

Nukleinsäurenachweis von (gilt für Gebührenordnungspositionen 32829 bis 32839, 32841 bis 32844)**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32835 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32831 und 32836 sind nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

32829 Bordetella pertussis und B. parapertussis aus nasal-/bronchial-Material (Befund- mitteilung am Tag der Materialeinsendung) **16,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Der Nukleinsäurenachweis von Bordetella-pertussis und Bordetella parapertussis aus nasal/bronchial-Material ist gemäß der Legendierung der GOP 32829 nur berechnungsfähig, wenn die Befundmitteilung am Tag der Materialeinsendung erfolgt.

Die Verbindung „und“ bedeutet, dass beide Leistungsteile erbracht werden müssen und dass die GOP bei Erbringung beider Leistungsteile nur einmal berechnungsfähig ist.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32830 Mycobacterium tuberculosis **16,50****Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32825

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Der Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis nach GOP 32830 und der Direktnachweis von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex (MTC) mittels einer Amplifikationsmethode nach GOP 32825 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die GOP 32830 für den Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32831 CMV bei organtransplantierten Patienten sowie nur bei konkreter therapeutischer Konsequenz in begründeten Einzelfällen bei immunsupprimierten Patienten **16,50****Anmerkung** Die Gebührenordnungspositionen 32831 und 32836 sind nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 32602, 32603

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Die GOP 32831 ist nur bei organtransplantierten Patienten sowie bei konkreter therapeutischer Konsequenz in begründeten Einzelfällen bei immunsupprimierten Patienten zum Nachweis von CMV berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32832 Parvovirus aus Fruchtwasser und/oder Fetalblut zum Nachweis einer vorgeburtlichen fetalen Infektion oder in besonders zu begründenden Einzelfällen 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32833 Toxoplasma aus Fruchtwasser und/oder Fetalblut 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32834 Erreger aus Liquor 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32835 HCV 40,00

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Die GOP 32835 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32836 Neisseria gonorrhoeae 16,50**Anmerkung** Die Gebührenordnungspositionen 32831 und 32836 sind nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig. Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Die GOP 32836 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32837* MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring) 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Mit dem Zusatz „nicht für das Sanierungsmonitoring“ wird klargestellt, dass der Nukleinsäurenachweis von MRSA für das Sanierungsmonitoring nicht berechnet werden kann. Der Nachweis ist nur zur Untersuchung von unbehandelten Patienten geeignet. Für ein Sanierungsmonitoring muss weiterhin die kulturelle Anzüchtung erfolgen. Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Krankenkassen unterstützen den Kampf gegen MRSA durch ein strukturiertes Behandlungskonzept mit einer gesonderten Vergütung für die Behandlung von Patienten mit MRSA im ambulanten Bereich. Hierfür finden Sie unter <http://www.kbv.de/html/mrsa.php> Merkblätter zum Umgang mit MRSA sowie Details der neuen Vergütungsregelung für Vertragsärzte mit der Möglichkeit zur Online-Zertifizierung.**32838 Norovirus im Stuhl bei Endemieverdacht oder in besonders begründeten Dringlichkeitsfällen 16,50**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompendium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

Der Zusatz „bei sonst negativem Nachweis“ wurde fallen gelassen, damit der Test auch in besonderen Dringlichkeitsfällen ohne vorheriges alternatives Ausschlussverfahren unter Angabe der Begründung berechnet werden kann.

32839 Chlamydien 16,50

Durchführung ausschließlich mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT)

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Die Untersuchung nach GOP 32839 muss ausschließlich mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) durchgeführt werden. Die GOP 32859 ist zusätzlich dazu berechnungsfähig.

Kommentar: Bestimmung der Chlamydien speziell abrechenbar:

- im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach Nr. 01816
- im Rahmen der Empfängnisregelung nach Nr. 01840
- im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs nach Nr. href="ebm/01915

32841 Influenza A und B (nicht bei Verdacht auf Vogelgrippe) 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Die Verbindung „und“ bedeutet, dass beide Leistungsteile erbracht werden müssen und dass die GOP bei Erbringung beider Leistungsteile nur einmal berechnungsfähig ist. Abrechnung für die isolierte Bestimmung des Subtyps Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“) ist nicht möglich. Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig. Für eine therapeutische Entscheidung gilt eine Diagnostik mit der Influenza-PCR nur dann als relevant, wenn das Ergebnis innerhalb kurzer Zeit zur Verfügung steht. Ziel einer raschen Diagnosestellung ist die Einleitung einer antiviralen Therapie durch Neuraminidase-Inhibitoren, die innerhalb von 48 Stunden nach Erkrankungsbeginn begonnen werden sollte.

32842 Mykoplasmen 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Neben der GOP 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentar: Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

32843 Polyoma-Virus bei organtransplantierten Patienten 16,50

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32844 EBV bei organtransplantierten Patienten 16,50

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 32831 und 32836 sind nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV oder Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.

Kommentar: Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4785*

Kompodium KBV: Bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) ist die GOP 32859 zusätzlich berechnungsfähig.

32859 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32820, 32829 bis 32839 und 32841 bis 32844 bei Nachweis mittels Nucleinsäureamplifikationstechniken (NAT) 4,00

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 4783*

Kompendium KBV: Zuschlag bei Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) zu 32829 bis 32839 und 32841 bis 32844. Der Zuschlag nach GOP 32589 ist ausschließlich für den Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT) berechnungsfähig.

32.3.14 Molekulargenetische Untersuchungen

32860	Faktor-V-Leiden-Mutation	30,00
GOÄ	Abrechnungsbestimmung insgesamt entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*	
32861	Prothrombin G20210A-Mutation	30,00
GOÄ	Abrechnungsbestimmung insgesamt entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*	
32863	Nachweis einer MTHFR-Mutation (Homocystein Konzentration im Plasma > 50 µmol pro Liter)	30,00
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Nr. 4872*	
32864	Hämochromatose	50,00
	Obligatorer Leistungsinhalt • Untersuchung auf die C282Y- und die H63D-Mutation des HFE (Hämochromatose)-Gens, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	
32865*	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1 gemäß der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)	308,50
	Obligatorer Leistungsinhalt • Untersuchung des CYP2D6-Gens mittels Sequenzanalyse, Fakultativer Leistungsinhalt • Untersuchung auf eine Deletion und/oder Duplikation, Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall	

32.3.15 Immungenetische Untersuchungen

32.3.15.1 Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 sind nur vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.
2. Die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zu Anforderungen an die Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und 4b) Transplantationsgesetz ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 setzt die endständige Angabe eines der folgenden Codes gemäß ICD-10-GM voraus, der die Indikation dokumentiert: U55.-, Z00.5, Z52.-, Z75.6- oder Z75.7-. Für Empfänger einer Knochenmarkspende ist der entsprechende Code aus C00 - D90 ICD-10-GM endständig anzugeben.

Kommentar

Für die Abrechenbarkeit sind:

- Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4a) und 4b) Transplantationsgesetz
- und nach Richtlinie der Bundesärztekammer ist für diese Untersuchungen eine Akkreditierung erforderlich.

Die molekulargenetische Gewebetypisierung (HLA-Antigendiagnostik) wird seit 1. Juli 2016 mit den Nrn. 32902, 32904, 32906 und 32 908 als z.Zt. gültiger Standard abgebildet.

Zum 1.1.2018 wurde die HLA-Antikörperdiagnostik als Untersuchung vor Transplantation im Abschnitt 32.3.15.1 EBM aufgenommen und ferner neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II.

Siehe Richtlinien der Transplantationsmedizin: <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin/>

32901* Ausschluss einer Expressionsvariante 21,10

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32902* Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung 115,00

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32935 und 32937 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

Im Krankenfall 32935, 32937

Berichtspflicht Nein

32904* Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung 150,00

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32904 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32906* Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung 72,00

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32906 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32908* Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung 115,00

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32908 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32910* Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT) **42,90****Abrechnungsbestimmung** je Spender**Anmerkung** Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.**Berichtspflicht** Nein**32911*** Erweitertes Transplantations-Cross-Match **78,30****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Isolierung von B- und/oder T-Zellen als vorbereitende Untersuchung,
- B-Zell- und/oder T-Zell-Cross-Match ggf. einschließlich DTT-Cross-Match,

Abrechnungsbestimmung je Spender**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32911 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund der Analyse-Ergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 32910 nicht vollständig beantwortet werden konnte.

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein**32915*** Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozyto-toxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) **29,50****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32939**Berichtspflicht** Nein**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4010**Kommentar:** Zum Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern wird als Leistung im Abschnitt 32.3.15.1 die EBM Nr. 32915 EBM als transplantations-vorbereitende Untersuchung und nach der EBM Nr. 32939 im Abschnitt 32.3.15.2 des EBM als allgemeine immunogenetische Untersuchung geführt und die bisherige Leistung nach Nr. 32530 wurde zum 1. Januar 2018 gestrichen.**32916*** Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasen-methoden **47,30****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32916 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32940**Berichtspflicht** Nein**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4010**32917*** Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes, **79,00****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32918, 32941, 32942**Berichtspflicht** Nein**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

32918 * Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels SingleAntigen-Festphasentest **150,00**

Abrechnungsbestimmung je HLA-Klasse

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 32917, 32941, 32942

Berichtspflicht Nein

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

32.3.15.2 Allgemeine immungenetische Untersuchungen

Kommentar

Der im Juli 2016 eingeführte Abschnitt 32.3.15.2 EBM (Allgemeine immungenetische Untersuchungen zur HLA-Antigendiagnostik) wurde geändert und neu gefasst. Gestrichen wurden die bisherigen Leistungen nach den EBM Nrn. 32528, 32529 und 32531. Seit 1. Januar 2018 wurden dafür neue Leistungen zu Diagnostik und Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II aufgenommen.

Berücksichtigt wurden damit die Anforderungen onkologischer Patienten an die Versorgung mit kompatiblen Blutprodukten in der Praxis des Vertragsarztes.

32931* Molekulargenetischer Nachweis HLA-B27 **30,00**

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32931 ist bis 30. Juni 2017 auch für den immunologischen Nachweis von HLA-B 27 und unabhängig von der Erfüllung der Qualifikationsanforderungen für den fakultativen Leistungsinhalt berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32932* Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung **33,00**

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,
- Nachweis in Zweifeldauflösung, sofern die Relevanz oder Assoziation auf Zweifeldniveau definiert ist,

Abrechnungsbestimmung je Merkmal

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32932 ist nicht für den Nachweis des HLA-B27 berechnungsfähig. Der Höchstwert im Krankheitsfall für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32931 und 32932 beträgt 80,00 Euro.

Berichtspflicht Nein

32935* Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C **76,70**

Abrechnungsbestimmung je Krankheitsfall

Abrechnungsausschluss

Leistung(en) im Krankheitsfall 32902, 32937

Berichtspflicht Nein

32937* Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung **115,00**

Obligatorer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

Abrechnungsbestimmung je Genort

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32937 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA-kompatiblen Thrombozytenpräparates berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

32939* Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozyto-toxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) **29,50****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32939 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32915**Berichtspflicht** Nein

Kommentar: Die bisherige EBM Nr. Nr. 32530 wurde zum 1.1.2018 (Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern, ggf. einschl. HLA-Spezifizierung) gestrichen: Aufgenommen wird im Abschnitt 32.3.15.1 die EBM Nr. 32915 EBM als transplantationsvorbereitende Untersuchung und im Abschnitt 32.3.15.2 die EBM Nr. 32939 EBM als allgemeine immungenetische Untersuchung.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4010

32940* Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden **47,30****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32940 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32940 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32916**Berichtspflicht** Nein

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4010

32941* Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen **79,00****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32941 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32917, 32918, 32942**Berichtspflicht** Nein

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

32942* Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest **150,00****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Abrechnungsausschluss** im Behandlungsfall 32917, 32918, 32941**Berichtspflicht** Nein

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

32943* Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Komplement-abhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den Gebührenordnungspositionen 32917 32918, 32941 oder 32942 **150,00****Abrechnungsbestimmung** je HLA-Klasse**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.**Berichtspflicht** Nein

GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

- 32945*** Typisierung des HPA-1- und HPA-5-Merkmals auf die Allele a und b **60,00**
Obligatorer Leistungsinhalt
 • DNA-Präparation,
Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall
Berichtspflicht Nein
- 32946*** Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b **90,00**
Obligatorer Leistungsinhalt
 • Typisierung HPA-2, 3, 4, 6 und 15,
Fakultativer Leistungsinhalt
 • DNA-Präparation,
Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall
Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32946 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates, zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls oder eines Refraktärzustandes nach einer Thrombozytentransfusion berechnungsfähig.
Berichtspflicht Nein
- 32947*** Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) von Thrombozyten in einem komplementunabhängigen Testsystem unter Verwendung von immobilisierten HLA-Antigenen und Thrombozytenantigenen **42,90**
Obligatorer Leistungsinhalt
 • Thrombozytenkreuzprobe vor Transfusion eines HLA- und /oder HPA-ausgewählten Thrombozytenpräparates,
Abrechnungsbestimmung je Spender
Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 32947 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA- und/oder HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates oder zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls berechnungsfähig.
 Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.
Berichtspflicht Nein
- 32948*** Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems **28,70**
Berichtspflicht Nein
Kommentar: Im Abschnitt 32.3.15.2 des EBM wurden die immungenetischen Untersuchungen für die Versorgung von Transplantatträgern und onkologischen Patienten durch die Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Alloantikörpern gegen HPA-Antigene ergänzt.
GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4010
- 32949*** Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoproteinspezifischer Festphasenmethoden **28,70**
Abrechnungsbestimmung je Glykoproteinkomplex
Anmerkung Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32949 beträgt 114,80 Euro im Behandlungsfall.
 Die Gebührenordnungsposition 32949 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß der Gebührenordnungsposition 32948 berechnungsfähig.
Berichtspflicht Nein
GOÄ entsprechend oder ähnlich: GOÄ: Nr. 4011

33 Ultraschalldiagnostik

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
2. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, ggf. als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist – mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und der leeren Harnblase bei Restharnbestimmung – obligater Bestandteil der Leistungen.
3. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen.
4. Optische Führungshilfen mittels Ultraschall sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen 33091 und 33092 zu berechnen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungsposition.

Kommentar:

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik (Abschnitt 33) ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Anlagen 3 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) möglich.

Bestandteil der Leistungen sind

- die Bild-Dokumentation der untersuchten Organe, mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und leerer Harnblase bei Restharnbestimmung, mit obligater Patientenidentifikation und
- die Kontrastmitteleinbringung.

Für die Versendung von Bildern des Ultraschalls kann eine Versandpauschale nach EBM Nrn. 40120 bis 40126 angesetzt werden, wenn mit den Bildern auch der schriftliche Befund geschickt wird.

Eine Berichtspflicht – als Grundlage der Abrechenbarkeit einer EBM Leistung aus Kapitel 33- nach den Allgemeinen Bestimmungen **I 2.1.4 Berichtspflicht** besteht für alle Leistungen im Kapitel 33.

33000 Ultraschalluntersuchung des Auges

108
11,69

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702
im Behandlungsfall 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Analoger Ansatz der Nrn. A 409 oder Nr. 410

Werden Untersuchungen im A- und B-Bildverfahren in einer Sitzung durchgeführt, ist die Leistung trotzdem nur 1x berechnungsfähig. Die Leistung kann auch bei Untersuchungen beider Augen nur 1x abgerechnet werden.

33001 Ultraschall-Biometrie des Auges

53
5,74

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschall-Biometrie der Achsenlänge eines Auges,
- Berechnung einer intraokularen Linse eines Auges,
- Graphische Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Messung von Teilabschnitten der Achsenlänge,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. A 7014, A 7015, A 7016**GOÄ****Kommentar:** Die biometrische Untersuchung kann nur dann für jedes Auge getrennt abgerechnet werden, wenn es sich bei der zweiten Untersuchung nicht um eine Vergleichsuntersuchung sondern um eine Untersuchung handelt mit entsprechender Indikation.**33002****Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie****60**
6,49**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. A 7015**GOÄ****Kommentar:** Auch bei Untersuchung beider Augen, kann die Leistung je Sitzung nur 1x abgerechnet werden.**33010****Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Mode- und/oder B-Mode-Verfahrens,****60**
6,49**Abrechnungsbestimmung** je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 410**GOÄ****33011****Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)****87**
9,42**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Sonographische Untersuchung der Gesichteweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahrens,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 33081

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 410**Kommentar:** Die Darstellung/Untersuchung von subclavicuären oder axillären Lymphknoten ist nach Nr. 33081 zu berechnen.**33012****Sonographische Untersuchung der Schilddrüse mittels B-Mode-Verfahren,****85****Abrechnungsbestimmung** je Sitzung**9,20****Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 417**Kommentar:** Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.**33020*****Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren,****269****Abrechnungsbestimmung** je Sitzung**29,11****Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 33021, 33022, 33030, 33031

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 04410, 13545, 13550, 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** 14 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 423**Kommentar:** Ein mitlaufendes EKG kann nicht extra berechnet werden.**33021*****Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler,****281****Abrechnungsbestimmung** je Sitzung**30,41****Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 04410, 13545, 13550, 26330

in derselben Sitzung 33020, 33022, 33030, 33031

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nrn. 422, 423 + Zuschlag Nr. 405 (cw-Doppler)**33022*****Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung,****336****Abrechnungsbestimmung** je Sitzung**36,36**

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 04410, 13545, 13550, 26330

in derselben Sitzung 33020, 33021, 33030, 33031

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 424 + Zuschlag Nr. 406 (Farbcodierung)

33023*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545, 13550 sowie 33020 bis 33022 bei transösophagealer Durchführung

377
40,80

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 20 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 402*

33030*

Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung,

739
79,98

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 33030 kann nur berechnet werden, wenn die Arztpraxis über die Möglichkeit zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügt.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 13545, 13550, 26330

in derselben Sitzung 33020, 33021, 33022, 33031

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 40 **Prüfzeit:** 35 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 423 (2x; in Ruhe und unter Stufenbelastung) + analoger Ansatz der Nr. 652 (EKG)

33031*

Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung,

835
90,37

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 13545, 13550, 26330

in derselben Sitzung 33020, 33021, 33022, 33030

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 45 **Prüfzeit:** 40 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 423 (2x; in Ruhe und unter pharmakodynamischer Stufenbelastung) + Nr. 652 (EKG)

33040

Sonographische Untersuchung der Thoraxorgane mittels B-Mode-Verfahren,

127
13,74

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01772, 01773, 26330

in derselben Sitzung 33081

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + ggf. 420

Kommentar: Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.

33041

Sonographische Untersuchung einer oder beider Brustdrüsen mittels B-Mode-Verfahren, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten,

164
17,75

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 08320

im Behandlungsfall 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 418, beide Brustdrüsen: 418 + 420

Kommentar: Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.

Für die Stanzbiopsie unter Ultraschallschallkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs sind die Nrn. 01753 oder 01754 zu berechnen.

33042

Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren,

157
16,99

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01772, 01773, 01780, 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

in derselben Sitzung 01773, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01906, 08341, 33043, 33081

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 bis zu 3x

Kommentar: Auch die Darstellung nur eines Organs kann nach dieser Nr. abgerechnet werden.

Werden nur die Nieren untersucht, ist nur die Abrechnung der EBM-Nr. 33043 möglich.

Wird eine transkavitäre Untersuchung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 33090 zusätzlich abgerechnet werden. Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.

33043

Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren

87
9,42

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01780, 26330

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 01902, 01904, 01906, 08341, 33042, 33044, 33081

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + ggf. 420 bis zu 3x

Kommentar: Wird eine transkavitäre Untersuchung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 33090 zusätzlich abgerechnet werden. Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren **141** **15,26**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01770, 01772, 01773, 01780, 26330

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904, 01905, 01906, 01912, 08341, 33043, 33081, 33090

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + ggf. 420 bis zu 3x

Kommentar: Die Leistung kann nur abgerechnet werden wenn aber apparativ in der Praxis oder Apparatgemeinschaft die Möglichkeit zu einer transkavitären Untersuchung besteht, da sie ein fakultativer Leistungsbestandteil ist.

Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33092 berechnet werden.

33050 Sonographische Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) mittels B-Mode-Verfahren, **80** **8,66**

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Sonographische Untersuchungen der Säuglingshöften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01772, 01773, 26330

in derselben Sitzung 01722, 33051, 33081

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

EBM-Nr.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410, ggf. 410 + 420 bis zu 3x

Kommentar: Die Untersuchung auf Bakerzyste des Kniegelenks, Untersuchungen von intramuskulären Tumoren des Bewegungsapparates und von Hämatomen sind nach Nr. 33050 abzurechnen.

33051 Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften mittels B-Mode-Verfahren, **115**
Abrechnungsbestimmung je Sitzung **12,45**

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 01722, 33050

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 413

Kommentar: Wird die Säuglingshüfte innerhalb einer Früherkennungsuntersuchung nach den Kinder-Richtlinien durchgeführt, so ist dafür die EBM-Nr. 01722 zu berechnen.

33052 Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim **122**
 Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind, **13,20**

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 412

33060* Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-Doppler-Verfahren an **286**
 mindestens 14 Ableitungsstellen **30,95**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33060 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330, 33070

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 15 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 645*

Kommentar: Im Kölner Kommentar werden Lokalisationen für die mind. 14 Ableitungsstellen genannt:

- Art. supraorbitalis beidseits mit Bestimmung der Strömungsrichtung vor und nach Art. s. externa Kompressionsversuch
- Art. carotis communis beidseits
- Art. carotis interna beidseits
- Art. carotis externa beidseits
- Carotisbulbus beidseits
- Art. temporalis superficialis beidseits
- Art. vertebralis (Truncus brachiocephalicus) beidseits

33061* Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität, **108**
11,69

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 644*

Kommentar: Es sind mind. 3 Ableitungsstellen gefordert. Wird die Untersuchung an beiden Armen oder beiden Beinen durchgeführt, so kann die Leistung trotzdem nur einmal abgerechnet werden.

33062* Sonographische Untersuchung der Gefäße des männlichen Genitalsystems mittels CW-Doppler-Verfahren, einschließlich Tumeszenzmessung, **80**
8,66

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01774, 01775, 26330

in derselben Sitzung 33064

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 1754

33063* Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen **251**
27,16

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Entgegen Nr. I-4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33063 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung so in der GOÄ nicht vorhanden. Berechnung der erbrachten Leistungen

33064* Sonographische Untersuchung der Gefäße des männlichen Genitalsystems mittels PW-Doppler-Verfahren, einschließlich Tumescenzmessung, **111**
12,01

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 33062

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung so in der GOÄ nicht vorhanden. Berechnung der erbrachten Leistungen.

33070* Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten **410**
44,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- CW-Doppler-Sonographie (Nr. 33060),

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330, 33060

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 24 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 (bis zu 3x) ggf. höherer Steigerungsfaktor + 401

Kommentar: Wird die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 33075 zusätzlich abgerechnet werden.

33071* Sonographische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren, **249**
26,95

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 (bis zu 3x) ggf. höherer Steigerungsfaktor + 401

Kommentar: Wird die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 33075 zusätzlich abgerechnet werden.

33072* Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren, **260**
28,14

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 17 Prüfzeit: 14 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 (bis zu 3x) + 401

GOÄ

Kommentar: Wird die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 33075 zusätzlich abgerechnet werden. Werden Untersuchungen an mehreren Extremitäten sowohl an den Arterien als auch an den Venen durchgeführt, so kann je Sitzung die Leistung nur 1x abgerechnet werden.

33073*

Sonographische Untersuchung der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahren,

260
28,14

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 17 Prüfzeit: 15 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 (bis zu 3x) + 401

GOÄ

Kommentar: Wird die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 33075 zusätzlich abgerechnet werden.

33074*

Sonographische Untersuchung der Gefäße des weiblichen Genitalsystems mittels Duplex-Verfahren,

205
22,19

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01774, 01775, 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. Kalkulationszeit: 15 Prüfzeit: 13 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 + 420 (bis zu 3x) + 401

GOÄ

Kommentar: Wird die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 33075 zusätzlich abgerechnet werden.

33075*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33074 für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung

62
6,71

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01774, 01775, 13300, 26330

EBM-Nr.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 0 **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Zuschlag Nr. 401 zu entsprechenden GOÄ-Ultraschall-Leistungen

Kommentar: Werden mehrere Untersuchungen nach den EBM Nrn. 33070 bis 33074 erbracht, ist der Zuschlag auch mehrfach abrechenbar.

33076 Sonographische Untersuchung der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen,

87
9,42
Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 13300, 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 410 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor

Kommentar: Wenn zwei Extremitäten zu untersuchen sind, kann die Leistung 2x berechnet werden.

33080 Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren

74
8,01
Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der subkutanen Lymphknoten,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z.B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 410

33081 Sonographische Untersuchung von Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076 und 33080 sind, mittels B-Mode-Verfahren,

67
7,25
Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

im Behandlungsfall 01772, 01773, 26330

im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561

in derselben Sitzung 01902, 01904, 01906, 33011, 33040, 33042, 33043, 33044, 33050

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 410 und 420 bis zu 3x
Kommentar: Wird eine transkavitäre Untersuchung durchgeführt, kann der Zuschlag nach Nr. 33090 zusätzlich abgerechnet werden. Für eine optische Führungshilfe kann der Zuschlag nach Nr. 33091 berechnet werden.

33090 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 bei transkavitärer Untersuchung **57
6,17**

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702
im Behandlungsfall 26330
im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702
im Zyklusfall 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561
in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 08341, 33044

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Zuschlag Nr. 403*

33091 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für optische Führungshilfe **97
10,50**

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330
im Zyklusfall 08341, 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561
in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 01831, 08320
am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 6 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Ggf. höherer Steigerungsfaktor zu Nrn. 410 + 420 bis zu 3x

33092 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33042, 33043 und 33044 für optische Führungshilfe **122
13,20**

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 31630, 31631, 31632, 31633, 31634, 31635, 31636, 31637, 31682, 31683, 31684, 31685, 31686, 31687, 31688, 31689, 31695, 31696, 31697, 31698, 31699, 31700, 31701, 31702
im Behandlungsfall 26330
im Zyklusfall 08341, 08541, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561
in derselben Sitzung 01781, 01782, 01787, 01831, 08320

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt
Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 8 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden. Ggf. höherer Steigerungsfaktor zu Nrn. 410 + 420 bis zu 3x

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

Ab Januar 2016 wird das Kapitel 34 um den Abschnitt 34.7 „Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)“ erweitert. Der Bewertungsausschuss hat beschlossen jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die PET bzw. die PET/CT in den Abschnitt 34.7 EBM aufzunehmen.

Gleichzeitig wird in Abschnitt 40.10 EBM eine neue Kostenpauschale für die Verwendung des Radionuklids ¹⁸F-Fluorodesoxyglukose aufgenommen.

Kommentar:

Hinweis: § 28 Aufzeichnungspflichten, Röntgenpass Pkt. 8

Aus Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV)

8) Wer eine Person mit Röntgenstrahlung untersucht oder behandelt, hat einem diese Person später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt auf dessen Verlangen Auskünfte über die Aufzeichnungen nach Absatz 1 Satz 2 zu erteilen und ihm die Aufzeichnungen und Röntgenbilder vorübergehend zu überlassen. Auch ohne dieses Verlangen sind die Aufzeichnungen und Röntgenbilder der untersuchten oder behandelten Person zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorübergehend zu überlassen, wenn zu erwarten ist, dass dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden kann. Sofern die Aufzeichnungen und Röntgenbilder einem beauftragten Dritten zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt überlassen werden, sind geeignete Maßnahmen zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zu treffen. Auf die Pflicht zur Rückgabe der Aufzeichnungen und Röntgenbilder an den Aufbewahrungspflichtigen ist in geeigneter Weise hinzuweisen.

Der Privatärztliche Bundesverband (http://www.pbv-aerzte.de/fileadmin/pbv/Redakteure/PDF/Privat-aerztliche_Praxis_04_2014.pdf) kommentiert dazu:

Schon hieraus folgt, dass Röntgenbilder -aber auch ähnliche, technische Befunde nicht denselben Regularien unterliegen, wie die Patientenakte selbst. Speziell Röntgenbilder sind als zwingend im Original aufzubewahren.

Arztbriefe sollten vor diesem Hintergrund problemlos auch in elektronischer Form archiviert werden können.

Grundsätzlich sollte die 10jährige Aufbewahrungsfrist als Mindestfrist betrachtet werden, zumal eventuelle Haftungsansprüche durch das Regulativ der Kenntnis des Patienten erheblich später verjähren können.

Wichtig ist, dass nunmehr explizit geregelt ist, dass nachträgliche Änderungen der Patientenakte erkennbar und nachvollziehbar sein müssen. Manuelle Streichungen in der Papierakte müssen das Gestrichene erkennen lassen, bei elektronischer Akte muss die Software die Integrität der Akte gewährleisten. Löschungen sind unzulässig.

Soweit beispielsweise Aufklärungsbögen vom Patienten unterschrieben wurden empfiehlt sich ebenfalls die Aufbewahrung im Original, da nicht selten die Echtheit einer Unterschrift in Abrede gestellt wird.

34.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Kommentar:

Voraussetzung für die Abrechnung aller Leistungen des Kapitels 34 – also die Leistungen nach den Nrn. 34210 bis 34600 – ist die Beachtung

- der Strahlenschutzverordnung,
- der Röntgenverordnung,

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

- des Medizinproduktegesetzes sowie
- der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie gemäß § 136 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie) bzw.
- der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik gemäß § 136 SGB.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder zur Kernspintomographie-Vereinbarung oder zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie oder zur Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Kommentar:

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Kapitels 34 ist nur möglich mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach

- der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) (Anlage 3 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte),,
- der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) (Anlage 3 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte),
- den Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) oder
- der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie oder
- der Mammographie-Vereinbarung oder
- der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition(en) zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Arzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages – auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte – bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.

Kommentar:

Bei Auftragsüberweisungen zu radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen sind Diagnosen, Verdachtsdiagnosen und Befunde mitzuteilen sowie

- bei Definitionsaufträgen die Gebührenordnungsposition(en) bzw. die Legende der Gebührenordnungsposition(en),
- bei Indikationsaufträgen das konkrete Untersuchungsziel.

Bei Durchführung der Leistung ist die rechtfertigende Indikation zu beachten. Eine Auftragserweiterung – und schon bereits eine Beratung des Patienten, die in einer Auftragserweiterung münden könnte – ist nur mit Zustimmung des auftraggebenden Arztes zulässig.

4. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.

Kommentar:

Berichte und Arztbriefe nach den Nrn. 01600 und 01601, Beurteilungen, obligatorische Befunddokumentationen und ggf. Eintragungen in ein Röntgennachweisheft sind neben den Leistungen des Kapitels 34 nicht abrechnungsfähig.

5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle z.B. der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel sind Bestandteil der entsprechenden Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels.

6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind, soweit erforderlich, die Kosten für Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchungen enthalten.

34.2 Diagnostische Radiologie

34.2.1 Schädel, Halsweichteile

34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels **106**
11,47**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5090*

Kommentar: Werden nur Teile des Kopfes geröntgt, so ist dafür die EBM-Nr. 34230 anzusetzen.

34211 Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers **74**
8,01**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34282, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5002* (ein Kiefer), 5004* (Ober- + Unterkiefer)

34212 Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens **106**
11,47**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahme(n)
 - der Halsorgane
- und/oder
 - des Mundbodens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5130*

Kommentar: Ist eine zusätzliche Durchleuchtung erforderlich, so kann diese nach Nr. 34280 auch zusätzlich abgerechnet werden.

Untersuchungen der Speiseröhre mit Kontrastmittel sind nach Nr. 34246 abzurechnen.

34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie

34220 Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile **95**
10,28**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen und/oder
- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen,

Abrechnungsbestimmung je Körperseite

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5120*, 5121*

Kommentar: Auch wenn getrennte Aufnahmen von rechter und linker Thoraxhälfte gemacht werden, können diese einzeln und damit zusätzlich abgerechnet werden. Ist eine Durchleuchtung erforderlich, so ist der zusätzliche Ansatz der Nr. 34280 oder 34281 zur weiteren diagn. Abklärung) möglich.

34221 Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule **152**
16,45**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelsäulenabschnittes,

Abrechnungsbestimmung je Wirbelsäulenabschnitt**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 34222, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 6 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5100* ggf. + 5101*, 5105* ggf. + 5106***Kommentar:** Zu den Wirbelsäulen-Abschnitten werden gezählt: Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie Kreuzbein und Steißbein.

Müssen mehrere Abschnitte dargestellt werden, z. B. Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, und ist dies mit einer Aufnahme nicht möglich, so ist in diesem Falle die Leistung 2x abrechenbar. Sind allerdings auf einer Aufnahme mehrere unterschiedliche Abschnitte vollständig dargestellt, so kann die Leistung nur 1x abgerechnet werden und nicht für jeden Abschnitt getrennt. Die Diskographie wird auch nach Nr. 34221 abgerechnet.

34222 Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule **187**
20,24**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang und/oder
- Seitlicher Strahlengang

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34221, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5110* ggf. + 5111***Kommentar:** Auch, wenn mehrere Aufnahmen zur Darstellung der gesamten Wirbelsäule erforderlich sind, ist die Leistung nur einmal abrechenbar.

Ausschnittsaufnahmen von Wirbelsäulenanteilen können nicht neben der Ganzaufnahme nach Nr. 34222 abgerechnet werden.

34223* Myelographie(n) **753**
81,49**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Einbringung des Kontrastmittels,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelkanal-Abschnittes,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lumbalpunktion(en)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 02342, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 28 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5280***34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien****34230** Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes **78**
8,44**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahme eines Skelettteiles oder Kopfteiles,
- Aufnahme(n) in einer Ebene,

Abrechnungsbestimmung je Teil

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden. Einzelleistungen von Schädel- oder Skelett-Röntgen berechnen.

Kommentar: Zu den typischen Aufnahmen von Schädelteilen zählen

- Zähne
- Unterkiefer und Oberkiefer getrennt nach der Lokalisation rechts oder links
- Oberkiefer und Unterkiefer-Panoramaaufnahmen

und

- Nasennebenhöhlen
- Spezialaufnahmen des Felsenbeines nach Stenvers, wobei die Darstellung beider Seiten zweimal abrechenbar ist
- Spezialaufnahmen des Warzenfortsatzes nach Stüller, wobei die Darstellung beider Seiten zweimal abrechenbar ist
- Nasenbein seitlich
- Hinterhauptschuppe
- Spezialaufnahmen der Schädelbasis

Werden Aufnahmen in mehreren Ebenen durchgeführt, so kann die Leistung nach Nr. 34230 entsprechend der Aufnahmen mehrmals abgerechnet werden.

Meßaufnahmen der Beine zur Darstellung von Verkürzungen oder zur Operationsplanung sind auch nach Nr. 34230 zu berechnen.

Zur Darstellung von Veränderungen im femoropatellaren Gleitlager durchgeführte Patella-Defilee-Aufnahmen können unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen nur einmal nach Nr. 34230 berechnet werden.

Weichteilaufnahmen sind nicht Nr. 34230 abrechenbar.

Gehaltene Aufnahmen nach EBM Nr. 34238 berechnen.

34231 Röntgenaufnahmen und/oder Teilaufnahmen der Schulter und/oder des Schultergürtels

141
15,26

Obligator Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen und/oder Teilaufnahmen

und/oder

- der Schulter
- des Schultergürtels,

Abrechnungsbestimmung je Teil

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5030*, 5031*

Kommentar: Der Ausschluss der Leistung nach Nr. 34231 neben der Leistung nach Nr. 34320 bezieht sich nur auf dasselbe Körperteil.

Sind Aufnahmen mit Kontrastmittelgabe erforderlich ist Nr. 35235 zu berechnen.

Gehaltene Aufnahmen nach EBM Nr. 34238 berechnen.

34232 Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile

106
11,47

Obligator Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen

oder

- des Fußes
- und/oder
- deren Teile,

Abrechnungsbestimmung je Teil

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5010* ggf. + 5011* oder 5020* ggf. + 5021* oder 5030*
 ggf. + 5031*

Kommentar: Als Teile der Hand gelten Finger, Mittelhand, Darstellung der ganzen Hand, Handgelenk. Als Teile des Fusses gelten Zehen, Mittelfuß, ganzer Fuß und Sprunggelenk. Die Darstellung einer zweiten Ebene ist obligater Bestandteil der Leistung. Spezialaufnahmen z. B. des Os naviculare können entsprechend als a.p.-Aufnahme (Nr. 34230) oder in zwei Ebenen nach Nr. 34232 berechnet werden.

Gehaltene Aufnahmen nach EBM Nr. 34238 berechnen.

34233

Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitätenteile

106
11,47

Obligator Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
 - der Extremitäten
- und/oder
 - deren Teile,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
- Aufnahmen des distalen Unterschenkels,

Abrechnungsbestimmung je Teil

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5020* bis 5037*

Kommentar: Erforderliche Spezialaufnahmen z.B. von der Patella oder des Kahnbeins können nach Nr.34230 zusätzlich berechnet werden.

34234

Röntgenaufnahme(n) des Beckens und/oder dessen Weichteile

74
8,01

Obligator Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
 - des Beckens
- und/oder
 - dessen Weichteile,
- Aufnahme(n) in einer Ebene

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5040*, 5041* (Kind bis vollendetes 14. Lebensjahr)

Kommentar: Erforderliche Durchleuchtungen sind nach Nr. 34280 zusätzlich abzurechnen. Ebenfalls zusätzlich können Spezialaufnahmen des oder der Hüftgelenke nach Nr. 34230 berechnet werden.

Nach **Wezel/Liebold** ist eine Spezialaufnahme z. B. nach Lauenstein oder Rippstein, die nach einer Übersichtsaufnahme noch erforderlich wurde, zusätzlich nach Nr. 34234 abrechnungsfähig.

34235* Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks **658**
71,21**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
 - der Schulter
 - oder
 - des Ellbogens
 - oder
 - des Hüftgelenks
 - oder
 - des Kniegelenks,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),

Abrechnungsbestimmung je Gelenk

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 02340, 02341, 17371, 17373, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5050*, 5070*

34236* Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebühren-
ordnungsposition 34235 genannten Gelenke **546**
59,09**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),

Abrechnungsbestimmung je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 02340, 02341, 17371, 17373, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5060*, 5070*

34237 Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen **141**
15,26**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
- Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5030*

34238 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233 bei Durchführung
gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur
Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen, **106**
11,47**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahme(n) in einer Ebene,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesien,
- Leitungsanästhesien,

Abrechnungsbestimmung je Teil

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5031*

34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

34240 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane **85**
9,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 09316, 13663, 34241, 34242, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5135*, 5140*, ggf. 5137*

Kommentar: Als Erwachsene gelten Personen nach dem 18. Geburtstag – also mit Anfang des 19. Lebensjahres. Siehe auch Allgemeine Bestimmungen I 4.4.5.

Erforderliche Durchleuchtungen können mit Nr. 34240 zusätzlich berechnet werden.

34241 Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane **152**
16,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 09316, 13663, 34240, 34242, 34280, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5137*

Kommentar: Ist zusätzlich eine Durchleuchtung erforderlich, kann nur EBM-Nr. 34242 berechnet werden.

34242* Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung **295**
31,93

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen,
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34240, 34241, 34246, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5137*

34243 Röntgenübersichtsaufnahme(n) des Abdomens **95** 10,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) des Abdomens in einer Ebene

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34244, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5190***Kommentar:** Abdomen-leer-Aufnahmen sind vor Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel nicht abrechenbar.

Erforderliche native Teilaufnahmen sind nach Nr. 34245 zusätzlich berechnungsfähig; eine Durchleuchtung zusätzlich nach Nr. 34280.

34244 Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens **141** 15,26

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahmen des Abdomens in mindestens zwei Ebenen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5191*

34245 Röntgenaufnahme(n) von Teilen des Abdomens **106** 11,47

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) von Teilen des Abdomens in einer Ebene

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 2 **Prüfzeit:** 2 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5192***Kommentar:** Aufnahmen z.B. nur der Appendix werden nach 34245 berechnet. Teilaufnahmen mit Kontrastmittel sind nach Nr. 34250 berechenbar.

Die Dokumentation von Fremdkörpern im Abdomen kann nach Nr. 34245 abgerechnet werden.

34246* Röntgenuntersuchung der Speiseröhre **302** 32,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34242, 34247, 34260,

34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 9 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5150*

34247* Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms **474** 51,30

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV),
- Doppelkontrasttechnik,
- Darstellung
 - des Magens
- und/oder
 - des Zwölffingerdarms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung der Speiseröhre

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34246, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 17 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5158*

Kommentar: Röntgenuntersuchungen des Gastrointestinaltraktes sind nur als Doppelkontrastuntersuchungen abrechenbar.

34248* Röntgenuntersuchung des Dünndarms **1056** 114,29

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des ganzen Dünndarms in Doppelkontrasttechnik,
- Einbringung des Kontrastmittels mittels einer Sonde (Sellink-Technik)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 33 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5163*

34250* Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge **419** 45,35

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der
 - Gallenblase
- und/oder
 - Gallengänge

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 13430, 13431, 34243, 34244, 34245, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5170*

Kommentar: Unter diese Leistungsziffer fällt die ERCP. Der diagnostische (EBM Nr. 13430) und therapeutische (EBM-Nr. 13431) bilio-pankretische Komplex können nicht neben 34250 berechnet werden.

34251* Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms **889** 96,21

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Dickdarmes retrograd bis zur Ileocoecalclappe in Doppelkontrasttechnik und/ oder
- Stopplokalisation bei Tumor und/oder Ileus und/ oder
- Darstellung des Restcolons über Stoma,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 33 **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5166*

34252* Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr **764**
82,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Dickdarms bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Reposition bei Invagination

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 28 **Prüfzeit:** 20 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5166* ggf. mit erhöhtem Steigerungsfaktor

34.2.5 Urogenitalorgane

34255 Ausscheidungsurographie **424**
45,89

Obligatorer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenaufnahme(n) nach Kontrastmittelgabe

Fakultativer Leistungsinhalt

- Spätaufnahme(n)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34257, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5200*, 5201*

Kommentar: Die Leistung nach 34255 umfasst auch Blasenaufnahmen und auch Spätaufnahmen; eine gesonderte Abrechnung für solche Aufnahmen nach den Nrn. 34243, 34245 ist nicht möglich.

Eine kontrastmittellose Harntrakt-Übersichtsaufnahme wird nach 34243 berechnet.

34256* Urethrozystographie oder Refluxzystogramm **578**
62,55

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Miktionsaufnahme(n),
- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34243, 34244, 34245, 34257, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5230*, 5235*

34257* Retrograde Pyelographie einer Seite

884
95,67

Obligatorer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Zystoskopie

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 08311, 26310, 26311, 34243, 34244, 34245, 34255, 34256, 34260, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5220*

34.2.6 Gangsysteme

34260* Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln

377
40,80

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
 - natürlichen Gangsystemen
- und/ oder
 - krankhaft entstandenen Gangsystemen
- und/ oder
 - Höhlen
- und/ oder
 - Fisteln

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Abrechnungsausschluss

im Zyklusfall 08560

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34234, 34235, 34236, 34243, 34244, 34245, 34246, 34250, 34255, 34256, 34257, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 12 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5260*

Kommentar: Eine Zystographie/Galaktographie der Mamma ist nach Nr. 34260 zu berechnen – auch zusätzlich zu den Nrn. 34270 oder 34272. Wird die Untersuchung an beiden Mammae erforderlich, kann die Leistung nach Nr. 34260 auch 2x berechnet werden.

34.2.7 Mammographie

34270 Mammographie

265
28,68

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz,
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,

Abrechnungsbestimmung je Seite

Abrechnungsausschluss

im Zyklusfall 08560

in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01759, 02100, 02101, 34503

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 7**Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nr. 5266*

Kommentar:

Eine Zystographie der Mamma nach Nr. 34260 kann neben den Nrn. der Mammographie (Nr. 33270 und Teilaufn. der Mamma 34272) berechnet werden.

Auf den Seiten der KBV (http://www.kbv.de/html/themen_2843.php) findet sich die die**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)**

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der kurativen Mammographie gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 34270 und 34272 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Daneben sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes sowie der Röntgenverordnung (RöV) zu beachten. Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Mammographie im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV geregelt.

34271

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270 für die präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund und/oder Mammastanzbiopsie unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund

833
90,15**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Biopsie(n) bei nicht tastbarem Befund

und/oder

- Präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund

und/oder

- Mammastanzbiopsie(n) unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund,
- Mittels definierter Zielgeräte,

Abrechnungsbestimmung je Seite**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01759, 02100, 02101, 34503**Bericht:**

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 18**Prüfzeit:** 16**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden. Dafür z.B. Nr. 5266* mit erhöhtem Steigerungsfaktor

34272

Mammateilaufnahme(n)

244
26,41**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Aufnahme(n) in mindestens einer Ebene,
- Vergrößerungstechnik,

Abrechnungsbestimmung je Seite**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 02100, 02101, 34503**Bericht:**

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**Kalkulationszeit:** 5**Prüfzeit:** 5**Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ**

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5266* + 5267*

34273 Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates **83** 8,98

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vergrößerungstechnik

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01759, 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 4 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden; dafür z.B. Nrn. 5266* + 5267*

34274* Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34270 nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **272** 29,44

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

Abrechnungsbestimmung je Seite

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 02100, 02101, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. zusätzlich zur Mammographie die Nr. 314 mit erhöhtem Steigerungsfaktor.

Tipp: Kostenpauschale Nr. 40454 für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Nr. 34274 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips, je Seite. Ggf. zusätzlich Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für die Verwendung von Markierungsclips,

34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274 **198** 21,43

Obligatorer Leistungsinhalt

- Aufnahme der Mamma medio-lateral oder latero-medial,

Abrechnungsbestimmung je Seite

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01759, 02100, 02101, 34270, 34272, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 4 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen

34280 Durchleuchtung(en) **95** 10,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34280 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungs- und/oder Schichtaufnahmen beinhalten.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292, 34293, 34294, 34296, 34500, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5295*

Kommentar: Auch Kontrollen unter Bildwandler können nach dieser Nr. berechnet werden.

Werden in einer Sitzung an verschiedenen Stellen Durchleuchtungen durchgeführt, so kann die Nr. 34280 trotzdem nur 1x berechnet werden.

34281 Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung

60
6,49

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en) bei Fraktur(en), Luxation(en) oder eingedringenden Fremdkörpern zur weiteren diagnostischen Abklärung nach Durchführung von konventionell radiologischen Aufnahme(n),
- Vorlage von Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungen beinhalten.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292, 34293, 34294, 34296, 34500, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5295*

Kommentar: Die Dokumentation von Fremdkörpern im Abdomen kann nach Nr. 34245 abgerechnet werden. Ein 2x Ansatz der Leistung nach Nr. 34245 (Abdomen mit Fremdkörper und Abdomen nach Fremdkörperentfernung) ist schon aus forensischen Gründen zu raten.

34282 Schichtaufnahmen, Abrechnungsbestimmung je Strahlengang und Projektionsrichtung

400
43,29

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 26330

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34211, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 7 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5290*

34.2.9 Gefäße

1. Die Gebührenordnungspositionen 34290 bis 34292 und 34298 sind nur einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant und/oder belegärztlich) berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Beschränkung der Abrechnung der genannten Leistungen 34290 (Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) und 34292 (Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTCA, Stent)) auf die einmalige Abrechnung im Behandlungsfall gilt auch, wenn sowohl kurativ-ambulant als auch belegärztlich behandelt wird.

2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.

Kommentar:

Die Grundsätze der Abrechnung belegärztlicher Behandlung gelten, wenn der Patient noch am Tage der Behandlung in die stationäre belegärztliche Behandlung aufgenommen wird.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Kommentar:

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Nrn. 3428 (Serienangiographie) und 34286 (Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablation, Lyse)) ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie möglich.

4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34291, 34292 und 34298 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Erbringung und Abrechnung einer Leistung nach Nr. 3429 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) möglich.

34283* Serienangiographie**1552**
167,97**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Serienangiographie der arteriellen Strombahn,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 34283 sind in demselben Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01530, 01620 bis 01622, 34489, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel III.b-13, III.b-24 und IV-32 sowie der Abschnitte IV-34.2, IV-34.3 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34290, 34292

im Behandlungsfall 04410, 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492, 34503

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 33 **Prüfzeit:** 29 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5339* ff.

GOÄ**Kommentar:**

Die Darstellung eines Dialyse-Shunt ist nach Nr. 34283 zu berechnen.

34284* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung hirnersorgender Gefäße**978**
105,85**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Selektive Darstellung hirnersorgender Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 34284 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34290, 34292

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34285, 34503

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 24 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5339* ff.

GOÄ**34285* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße****479**
51,84**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Selektive Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 34285 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34290, 34292

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34284, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5339* ff.

34286* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) **2217**
239,94

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse),
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 34286 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34292

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 53 **Prüfzeit:** 47 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5339* ff.

Kommentar: Sind interventionelle Massnahmen an mehreren verschiedenen Gefässen erforderlich, kann die Leistung entsprechend oft abgerechnet werden.

34287* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Verwendung eines C-Bogens **126**
13,64

Obligatorer Leistungsinhalt

- Verwendung eines C-Bogens,
- Anwendung eines mindestens 36 cm-Bildverstärkers

Anmerkung Neben der Gebührenordnungsposition 34287 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34292

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 3 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5354* ff.

34290* Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr **1206**
130,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 34283, 34284, 34285, 34292

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ****Kalkulationszeit:** 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen nach Nrn. 5300* bis 5354* ff.**34291*****Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie****3227****349,25****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
- Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Angiokardiographie (Nr. 34290),
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit),
- Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Aufklärungsgespräch gemäß Qesü-RL,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34503 und Kapitel 32

im Behandlungsfall 01530, 01531, 02300, 02301, 02302, 02310, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290 und Kapitel 2.1, 34.3, 34.4

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ****Tipp:****Kalkulationszeit:** 48 **Prüfzeit:** 42 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Auswahl aus Leistungen 5315* ff.

Kostenpauschale Nr. 40300 für die Durchführung der Leistung entsprechend der Nr. 34291. Während die Leistung nach Nr. 34291 nur 1x im Quartal berechnet werden kann, sind die Sachkostenpauschalen nach Nrn. 40300 bis 40304 für jede einzelne (zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführte) Untersuchung berechenbar.

34292***Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)****3819****413,32****Abrechnungsbestimmung** einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503

am Behandlungstag 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.**GOÄ****Kalkulationszeit:** 70 **Prüfzeit:** 62 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

entsprechend oder ähnlich: Leistungen in der GOÄ völlig anders strukturiert, Auswahl aus 5315* – 5328*

Tipp:

Kostenpauschale Nr. 40302 für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 und ggf.. Kostenpauschale Nr. 40304 für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition Nr. 34292, zusätzlich zur Pauschale nach Nr. 40302. Während der Zuschlag Nr. 34292 zur Nr. 34291 nur 1x im Quartal berechnet werden kann, sind die Sachkostenpauschalen nach Nrn. 40300 bis 40304 für jede einzelne (zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführte) Untersuchung berechenbar.

34293* Lymphographie 778 84,20

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 34280, 34281, 34297, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 33 **Prüfzeit:** 29 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5338*, 5339*

34294* Phlebographie 403 43,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,

Abrechnungsbestimmung je Extremität**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 34280, 34281, 34296, 34297, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5330*, 5331*

Kommentar: Unabhängig davon, wie viele Kontrastmitteleinbringungen in einer Untersuchung erforderlich sind, kann die Leistung nach 34294 nur 1x je Sitzung berechnet werden.

34295* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34294 für die computergestützte Analyse 81 8,77

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 3 **Prüfzeit:** 1 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5335* ggf. mit höherem Steigerungsfaktor.

Kommentar: Bei mehrfacher Berechnung der Nr. 34294 kann auch der Zuschlag nach 34295 mehrfach berechnet werden.

34296* Phlebographie des Brust- und/ oder Bauchraumes 813 87,99

Obligatorer Leistungsinhalt

- Phlebographie(n) des Brust- und/oder Bauchraumes,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Computergestützte Analyse,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 34280, 34281, 34294, 34297, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 28 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5329*

34297* Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen 960 103,90

Obligatorer Leistungsinhalt

- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung(en) von Varikozelen,
- Kontrastmitteldarstellung(en)

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34293, 34294, 34296, 34503**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 22 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5359*

Kommentar: Die vor einer Verödung durchgeführte Darstellung mit Kontrastmittel ist nicht gesondert abrechenbar. Ist aus diagnostischen Gründen vor der Verödung nach Nr. 34297 allerdings eine Serienangiographie notwendig, ist diese nach EBM Nr. 34283 f. berechenbar.

34298* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nr. 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses **980**
106,06

Obligater Leistungsinhalt

- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Medikamentöse Vasodilatation,
- Weitere Messungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503 am Behandlungstag 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

34.3 Computertomographie

1. Digitale Radiogramme zur Einstellung sind Bestandteil der computertomographischen Leistungen.
2. Bei Benennung von Begrenzungen anatomischer Strukturen und/oder der Anfertigung von Dünnschichten müssen die Schichten aneinandergrenzen.

34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34310* CT-Untersuchung des Neurocraniums **614**
66,45

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Neurocraniums,
- Anfertigung von Dünnschichten ($\leq 5\text{mm}$) der hinteren Schädelgrube

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung weiterer Dünnschichten

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502 im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5370*

Kommentar: Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34311* CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule **743**
80,41

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung von mindestens 2 Segmenten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung weiterer Segmente,

Abrechnungsbestimmung je Wirbelsäulenabschnitt

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291 in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. GOÄ **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5373*

Kommentar: Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34312* Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekaler Kontrastmittelgabe **426**
46,10

Obligatorer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 14 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5376***Kommentar:** Der Zuschlag nach 34312 kann nur einmal zur Leistung nach Nr. 34310 oder Nr. 34311 berechnet werden.**34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile**

34320* CT-Untersuchung des Gesichtsschädels **744**
80,52

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten (<= 4mm)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 11 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5370***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34321* CT-Untersuchung der Schädelbasis **631**
68,29

Obligatorer Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten (<= 2mm)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5370***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34322* CT-Untersuchung der Halsweichteile **769**
83,23

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung von HWK 1 bis HWK 7,
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 5 mm)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34422, 34502

im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5371***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34.3.3 Thorax

34330* CT-Untersuchung des Thorax **660**
71,43

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Mediastinums,
- Darstellung der Lungen,
- Darstellung der Pleura

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung knöcherner Strukturen des Thorax

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 18 **Prüfzeit:** 12 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5371***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

34340* CT-Untersuchung des Oberbauches **663**
71,75

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung vom Zwerchfell bis einschließlich Nieren

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34341, 34342, 34360, 34502

im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 13 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5372***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34341* CT-Untersuchung des gesamten Abdomens **819**
88,64

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34340, 34342, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 18 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5372***Kommentar:** Bei Kontrastmitteluntersuchung kann der Zuschlag nach Nr. 34345 berechnet werden.

34342* CT-Untersuchung des Beckens **663**
71,75

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung vom Beckenkamm bis zum Beckenboden

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34340, 34341, 34360, 34502

im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nr. 5372*

Kommentar: Der Zuschlag nach Nr. 34345 kann bei Untersuchung mit Kontrastmittel zusätzlich berechnet werden. Wird eine Serie ohne Kontrastmittel und eine zweite Serie mit Kontrastmittel durchgeführt, können einmal die Nr. 34342 und zusätzlich die Nr. 34343 (Zuschlag) abgerechnet werden.

34343* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln **492**
53,25

Obligator Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34344, 34345, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5376*

Kommentar: Die EBM Nr. 34343 ist für jede in der Legende aufgeführte Leistung – auch mehrfach pro Sitzung – ansetzbar.

34344* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien **509**
55,09

Obligator Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Anfertigung von mindestens 2 vollständigen Kontrastmittel-Phasen

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34343, 34345, 34360, 34502

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 15 **Prüfzeit:** 10 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5376*

Kommentar: Die EBM Nr. 34344 ist für jede in der Legende aufgeführte Leistung – auch mehrfach pro Sitzung – ansetzbar.

34345* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342, 34350 und 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel **228**
24,68

Obligator Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34343, 34344, 34502

im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 8 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5376*

Kommentar: Die EBM Nr. 34345 ist für jede in der Legende aufgeführte Leistung – auch mehrfach pro Sitzung – ansetzbar.

34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34350* CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten Extremitätenteile **569**
61,58

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung
 - der Extremitäten
- und/oder
 - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten
- und/oder
 - von Teilen des Schultergürtels
- und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 5373*

GOÄ**34351***

CT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile

569
61,58

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes
und/ oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzender Gelenke,
- Beidseitige Untersuchung

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360, 34502

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 5373*

GOÄ**Kommentar:**

Werden eine Hand und ein Fuß untersucht, kann die Nr. 34351 entsprechend 2x abgerechnet werden. Bei einer Untersuchung von Oberarm, Unterarm einschl. Hand können die Nrn. 34350 und 34351 berechnet werden.

34.3.6 Bestrahlungsplanung CT**34360***

CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung
bei Tele- oder Brachytherapie

387
41,88

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34360 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34350, 34351, 34460
im Behandlungsfall 34291

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 5378*

GOÄ

34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie

1. Die MRT-Untersuchung beinhaltet die Durchführung von mindestens 4 Sequenzen. Dies gilt nicht für MRT-Angiographien des Abschnitts 34.4.7.
2. Topogramm und/oder mehrere Echos stellen keine gesonderten Sequenzen dar.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Kommentar

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Kapitels 34.4 – also die Leistungen nach den Nrn. 34410 bis 34492 – ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) (Anlage 3 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) möglich.

4. MRT-Untersuchungen der Mamma außerhalb der Indikation nach der Nr. 34431, MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460.

Kommentar

Kernspintomographien der Mamma außerhalb der Indikation der Nr. 34431 (MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V), sowie Kernspintomographien der Herzkranzgefäße und MR-Spektroskopien dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht werden. Auch eine Erbringung außerhalb des GKV-Systems mit einer privaten Vergütung der Leistung begegnet massiven rechtlichen Bedenken. Hier ist auf jeden Fall vorherig eine Stellungnahme der Ärztekammer zu empfehlen.

5. Einstellungs- und Lokalisationssequenzen sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
6. MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße können nicht mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4 berechnet werden.

Werden bei Herzkranzgefäßen MRT-Untersuchungen bzw. MRT-Angiographien durchgeführt, sind die Leistungen nicht nach dem Abschnitt 34.4 abrechnungsfähig.

7. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 sind neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.

Kommentar

Neben MRT-Untersuchungen des Neurocraniums und der Wirbelsäule, des Gesichtsschädels, der Schädelbasis und der Halsweichteile, des Thorax, des Abdomens, des Retroperitoneums und des Beckens, der Extremitäten und angrenzender Gelenke sowie dem Bestrahlungs-MRT können MRT-Angiographien nicht abgerechnet werden.

8. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Kommentar

Auch die Erbringung und Abrechnung von MRT-Angiographien ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) möglich.

9. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 können nur bei Nachweis einer klinischen Fragestellung gemäß § 7 Abs. 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erbracht werden.

Kommentar

Die Bestimmungen haben folgenden Wortlaut:

§ 7 Abs. 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie: (5) Klinische Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiografie begründen, sind in Anlage 2, gegliedert nach Gefäßart und -region, aufgeführt. Weitere Indikationsstellungen zur MR-Angiografie sind besonders zu begründen. (6) Der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung ist für jeden Patienten individuell

nachzuvollziehen. Unter Berücksichtigung der Indikationen nach Absatz 5 müssen für die sachgerechte Indikationsstellung folgende allgemeine Anforderungen an eine MR-Angiografie erfüllt sein:

- Die individuelle medizinische Fragestellung ist aus den Beschwerden des Patienten und den klinischen Befunden zutreffend abgeleitet und für die Lösung des Patientenproblems relevant.
- Eine weiterführende Aussage kann zur Diagnose und/oder Therapie-entscheidung durch die MR-Angiografie erwartet werden.
- Die Durchführung konkurrierender Methoden, mit welchen die medizinische Fragestellung gleichwertig beantwortet werden kann, würde zu höheren Kosten führen und/oder wäre für die Patienten mit einem höheren Risiko verbunden.

34.4.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34410* MRT-Untersuchung des Neurocraniums **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Neurocraniums

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 21

Prüfzeit: 14

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 5700*

34411* MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung mindestens des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK7/BWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1)

und/oder

- Darstellung in 2 Ebenen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des Kreuzbeines,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Abrechnungsbestimmung je Wirbelsäulenabschnitt

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 21

Prüfzeit: 14

Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nr. 5705*

Kommentar:

Wenn die gesamte Wirbelsäule dargestellt werden muss, kann die Nr. höchstens 3x berechnet werden .

34.4.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

34420* MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5700*

Kommentar: Sowohl ein MRT des Auges als auch der Dentalregion sind nach dieser Nr. berechnungsfähig.

34421* MRT-Untersuchung der Schädelbasis

1213
131,28

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5700*

34422* MRT-Untersuchung der Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7

1213
131,28

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34322, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5715*

34.4.3 Thorax**34430* MRT-Untersuchung des Thorax**

1213
131,28

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen,
- Darstellung
 - des Mediastinums
- und/oder
 - der Lunge

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5715*

34431* MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 2193 237,34

Obligatorer Leistungsinhalt

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdacht nicht klären konnte

oder

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zur Primärtumorsuche bei axillärer(n) Lymphknotenmetastase(n), deren histologische Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels mammographischer und sonographischer Untersuchung dargestellt werden konnte,
- Native Darstellung,
- Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels,
- Mindestens 4 Untersuchungssequenzen,
- Dynamische Messungen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34452, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:**Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5721*

Voraussetzung für die Durchführung eines Mamma-MRT zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist – so informiert dasBDT-MVZ-Träger GmbH Institut für bildgebende Diagnostik und Therapie: <http://www.bdt-erlangen.de/index.php?id=213> –, **dass u.a. alle folgenden Bedingungen erfüllt sein müssen:**

- Das ein histologisch gesichertes Mamma-Karzinom eine brusterhaltende Therapie mit oder ohne Wiederaufbauplastik erforderlich werden ließ.
- Das seit der Operation mindestens 6 Monate oder seit Abschluss der Strahlentherapie mindestens 12 Monate vergangen sind.
- Mit einer zunächst durchgeführten Mammographie und Mammasonographie ein möglicher erneuter Verdacht nicht sicher ausgeschlossen werden konnte.

Weitere Informationen finden Sie unter:

Magnetresonanz-Tomographie der weiblichen Brust (MRM) – Zusammenfassender Bericht des Arbeitsausschusses „Ärztliche Behandlung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beratungen gemäß § 135 Abs.1 SGB V

(<https://www.g-ba.de/downloads/40-268-257/HTA-MRM.pdf>)

34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

34440* MRT-Untersuchung des Oberbauches 1213 131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Zwerchfells bis einschließlich Nieren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34441, 34442, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Nr. 5720*

34441* MRT-Untersuchung des Abdomens **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Zwerchfells bis zum Beckenboden

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34440, 34442, 34460
im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5720*

34442* MRT-Untersuchung des Beckens **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des gesamten Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34440, 34441, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5720*

34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34450* MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach **1213**
der Gebührenordnungsposition 34451 abzurechnenden Extremitätenteile **131,28**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung
 - der Extremitäten
- und/oder
 - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach Gebührenordnungsposition 34451 genannten
- und/oder
 - von Teilen des Schultergürtels
- und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5729*, 5730*

Kommentar: Auch wenn die Untersuchung mehrerer Extremitäten med. erforderlich ist, kann die Nr. 34450 nur 1x abgerechnet werden. Nach Nr. 34450 kann auch die Untersuchung der Axilla abgerechnet werden.

34451* MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile **1213**
131,28

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes

und/ oder

- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzende Gelenke,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 21 **Prüfzeit:** 14 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 5729*

Werden beide Hände/Füße untersucht oder ein Fuß und eine Hand kann die Leistung 2x berechnet werden. Bei Darstellung von Oberarm und Unterarm einschl. Hand sind die EBM Nrn. 34450 und 34451 abrechenbar.

34452*

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

446

48,27

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten Leistung erfolgte mit Kontrastmitteleinbringung(en)

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34431, 34460

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 13 **Prüfzeit:** 9 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 5731*

34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT

34460*

MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie

835

90,37

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34460 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34360 und Kapitel 34.4.1, 34.4.2, 34.4.3, 34.4.4, 34.4.5

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

GOÄ

Kalkulationszeit: 5 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex in der GOÄ nicht vorhanden; dafür z.B. die untersuchten Organe abrechnen.

34.4.7 MRT-Angiographien

34470*

MRT-Angiographie der Hirngefäße gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

797

86,26

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Hirngefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)
- Darstellung der venösen Phase

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34470 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5700*, ggf. 5731*

34475*

MRT-Angiographie der Halsgefäße gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

1059
114,61

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Halsgefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)
- Darstellung der venösen Phase

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 34475 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283

im Behandlungsfall 34291

Bericht:

mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ

entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5700*, ggf. 5731*

34480*

MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste (Truncus brachiocephalicus, A. subclavia, A. carotis communis, A. vertebralis) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

1059
114,61

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der thorakalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34480 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5715*, ggf. 5731***34485*** MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V **1059**
114,61**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Darstellung der abdominalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34485 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283
im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5720*, ggf. 5731***34486*** MRT-Angiographie von Venen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V **1059**
114,61**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Darstellung der Venen von:
 - Kopf/Hals
 und/oder
 - des Thorax einschließlich der venae subclaviae
 und/oder
 - des Abdomens
 und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34486 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5715* (Thorax) oder 5720* (Abdomen) ggf. 5731***34489*** MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V **2122**
229,66**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Darstellung der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34489 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34291
in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5730*, ggf. 5731*

34490* MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien und einschließlich/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

1059
114,61

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Arterien einer oberen Extremität und/oder Cimino-Shunt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Anmerkung Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34490 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 02100, 02101, 34283
im Behandlungsfall 34291

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 5730*, ggf. 5731*

34492* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

488
52,81

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34492 kann IV-34.4.7 nur mit Begründung berechnet werden.

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d. Prüfzeit:** Keine Eignung

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 5731*

34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

1. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 ist nur berechnungsfähig, wenn sie von Ärzten erbracht wird, welche die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

2. Eine Überweisung nach Satz 1 kann nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“ nach ICD-10-GM) erfolgen.

3. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und

chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.

4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht für Interventionen in bzw. an (einer) Bandscheibe(n) (z.B. Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig. Diese Eingriffe sind über die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-31.2 bzw. IV-36.2 zu berechnen.

Kommentar:

Diese ab dem 1.4.2013 geltende Neuregelung ist auf die Änderung der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zum Thema „CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zurückzuführen. Die gebührenrechtlichen Regelungen wurden sowohl inhaltlich als auch in Bezug auf die von den Ärzten dort geforderten Qualifikationen angepasst.

34500* Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC**672**
72,73**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341, 34280, 34281**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 23 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 5358*.**34501* Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent****895**
96,86**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 02100, 02101, 02300, 02301, 02302, 02340, 02341**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Leistung in der GOÄ nicht vorhanden, analoger Ansatz der Nr. 5358*.**34503* Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule****688**
74,46**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule,
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittels Bildwandler,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag**Abrechnungsausschluss** in derselben Sitzung 01510, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02300, 02302, 02340, 02343, 02360, 30710, 30712, 30720, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34504, 34505 und Kapitel 34.2**Bericht:** mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt**Aufwand in Min.** **Kalkulationszeit:** 27 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden. Dafür z.B. CT der untersuchten Organe abrechnen + Interventionsmaßnahmen.

34504* CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik **987**
106,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacetten(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittels CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341)

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02300, 02302, 02331, 02340, 02343, 30710, 30712, 30720, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34503, 34505 und Kapitel 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4, 34.3.5

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

34505* CT-gesteuerte Intervention(en) **987**
106,82

Obligatorer Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und /oder Gelenkfacetten(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

Abrechnungsbestimmung einmal am Behandlungstag

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nur berechnungsfähig bei Diagnostik/Behandlung einer im Folgenden genannten Erkrankung nach den ICD-10-GM Kodes: Neubildungen C00-D48 sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D90.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34505 bei anderen als den genannten Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 01510, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02300, 02302, 02340, 02343, 02360, 30710, 30712, 30720, 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34503, 34504 und Kapitel 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4, 34.3.5

Bericht: mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 25 **Prüfzeit:** 25 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

34.6 Osteodensitometrie

34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	161 17,42
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, (Photonenabsorptions-Technik) mittels einer zentralen DXA; [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht – am Schenkelhals an einem oder mehreren Teil(en) des Skeletts – und/oder – an der LWS am Achsenskelett	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34601	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: 7 Prüfzeit: 7 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Ansatz abhängig von der Art der Untersuchung; Nrn. 5380* oder 5475*	

34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	161 17,42
	Obligatorer Leistungsinhalt	
	• Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht – am Schenkelhals – und/oder – an der LWS	
	Abrechnungsbestimmung Die Gebührenordnungsposition 34601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100, 02101 und 34600 berechnungsfähig.	
	Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 02100, 02101, 34600	
Bericht:	mind. Befundkopie (Nr. 01602) an Hausarzt	
Aufwand in Min.	Kalkulationszeit: KA Prüfzeit: 7 Eignung d. Prüfzeit: Tages- und Quartalsprofil	
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: GOÄ Nr. 5380*	
Kommentar:	Nach dieser Leistungsposition sind nach Kommentar von Wezel/Liebold ... „Untersuchungen abzurechnen, welche zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung über eine spezifische medikamentöse Therapie auch ohne Fraktur notwendig sein können...“ Ferner sind nach Wezel/Liebold auch gemeint, die osteodensitometrischen Untersuchungen,... „zum Zwecke der Optimierung der Weiterführung oder erstmaligen Therapieentscheidungen frühestens nach 5 Jahren...“ Die Leistung mittels CT durchzuführen ist wegen der eindeutigen Beschränkung auf die in der Legende der Leistungsposition genannten DXA-Technik nicht gestattet.	

34.7 Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

2. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung, der Röntgenverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.

4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.

Kommentar:

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss im Januar 2007 die PET in die Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung beschlossen und das Indikationsspektrum kontinuierlich fortentwickelt hatte, wurde der EBM mit Wirkung zum 1.1.2016 um den Abschnitt 34.7 (PET und PET/CT) erweitert (siehe: https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_pet_ct/ebm_auszug_pet_ct.pdf).

zu Pkt. 1

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 34.7 ist nur möglich durch Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB.

zu Pkt. 2

Bei Mitwirkung mehrerer Ärzte an einer Leistung des Abschnittes 34.7 hat der abrechnende Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu bestätigen, dass aufgrund einer Vereinbarung er alleine diese Leistung abrechnet.

zu Pkt. 3

Ferner setzt die Abrechnung der Leistungen dieses Abschnittes eine Beachtung der Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des gemeinsamen Bundesausschusses, nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung, der Röntgenverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung voraus.

zu Pkt. 4

Schließlich muss mindestens eine der in § 1 Nr. 14 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen vorliegen.

Der G-BA legt in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ fest: 14. Positronenemissionstomographie (PET)

§ 1 Zugelassene Indikationen

Die PET darf für die folgenden Indikationen bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 2, 3 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztliche Leistung erbracht werden:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.
3. Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.
4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.

5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

6. Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie.

Wichtiger Hinweis: Mit Einfügung der oben aufgeführten neuen Leistungen wurde auch die Kostenpauschale nach Gebührenordnungsposition EBM Nr. 40 584 im Abschnitt 40.10 aufgenommen.

40584 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 bei Verwendung von 18F-Fluor-desoxyglukose 250,-

In der Kostenpauschale 40 584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.

G-BA Richtlinien: Methoden vertragsärztlicher Versorgung

(https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1151/MVV-RL_2015-11-27_iK-2016-04-01.pdf) von Vertragsärzten dürfen nach den G-BA Richtlinien: nur die angegebenen Indikationen behandelt werden:

14. Positronenemissionstomographie (PET)

§ 1 Zugelassene Indikationen

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.

2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.

3. Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.

4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.

5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

6. Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie.

34700* ¹⁸F-Fluor-desoxyglukose- Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen

4456
482,26

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34701 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes

durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34700 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Berichtspflicht: Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 36 Prüfzeit: 29 Eignung d. Prüfzeit: Nur Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 5489*.

34701* ¹⁸F-Fluorodesoxyglukose- Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) mit diagnostischer CT

5653
611,80

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34701 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34700 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 71 **Prüfzeit:** 57 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

34702* ¹⁸F-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen

3565
385,83

Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34703 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34702 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: 27**Prüfzeit:** 22**Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil**34703***

¹⁸F-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) mit diagnostischer CT

4523
489,51

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34703 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34702 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Kommentar:

Nach Informationen der KV Hessen: ... „Alle Leistungen sind auf die Berechnung einmal im Behandlungsfall begrenzt. Die GOP 34700 darf im Behandlungsfall nicht neben der GOP 34701 berechnet werden. Gleiches gilt für die Nebeneinanderberechnung der GOP 34702 und 34703.

Soll die Untersuchung des Körperstammes (GOP 34700/34701) und die von Teilen des Körperstammes (GOP 34702/34703) im Behandlungsfall nebeneinander erfolgen, ist eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall nötig.

Sofern bei dem Patienten im Quartal, in dem die PET erfolgt, bereits eine diagnostische CT erfolgt ist, sind die GOP 34701 und 34703 nicht berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die CT in einer anderen Praxis erfolgt ist...

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 57 **Prüfzeit:** 46 **Eignung der Prüfzeit:** Nur Quartalsprofil

34.8 Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)

- Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Kommunikationsdienstes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einmalig nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
- Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition berechtigt sind, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen oder CT- Aufnahmen gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 bezieht.
- Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei
 - Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist
 oder
 - Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert.
- Bei untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellungen, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet sind, kann ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden. Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert, kann ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
- Die Durchführung von Leistungen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung gemäß der Anlage 31a zum BMV-Ä innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparategemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes ist nicht berechnungsfähig.
- Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind für radiologische Befundbeurteilungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä erbracht werden, nicht berechnungsfähig.

34800

Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

**91
9,85**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Elektronische Übermittlung aller für die Befundung relevanten Informationen (mindestens Röntgen- und/oder CT- Aufnahme(n), Erstbefund, Übermittlung der zum Telekonsil führenden Fragestellung, Einwilligung des Patienten gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 31a zum BMV-Ä),
- Übermittlung der berechneten Gebührenordnungsposition(en) für die Röntgenaufnahme(n) und/oder CT- Aufnahme(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 34800 im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur im Zeitraum von 4 Wochen nach Durchführung einer der genannten Grundleistungen des Abschnitts 34.2 bzw. 34.3 berechnungsfähig. Die Beauftragung des Konsiliararztes ist gemäß Anlage 2b zum BMV-Ä vorzunehmen und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis gemäß § 291a SGB V zu versehen.

Für die Gebührenordnungsposition 34800 wird ein Punktzahlvolumen je Arztpraxis gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 erbrachten Leistungen zu vergütet sind. Das Punktzahlvolumen je Arztpraxis beträgt 91 Punkte multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und der Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä mit mindestens einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 34810, 34820, 34821

in derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 40104, 40120, 40122, 40124, 40126

Kommentar: Neu aufgenommen wurden Leistungen zum Telekonsil von Röntgen- und CT-Aufnahmen zum 1. April 2017 in den EBM im Rahmen des E-Health-Gesetzes.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe informiert dazu:

... „Mit dem treiben wir den Fortschritt im Gesundheitswesen voran. Dabei stehen Patientennutzen und Datenschutz im Mittelpunkt. Eine sichere digitale Infrastruktur verbessert die Gesundheitsversorgung und stärkt die Selbstbestimmung der Patienten – das bringt echten Nutzen für die Versicherten. Ärzte, Kassen und Industrie stehen jetzt gleichermaßen in der Pflicht, die gesetzlichen Vorgaben im Sinne der Patienten zügig umzusetzen...

Mit dem E-Health-Gesetz wird ein Zeitfenster für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur festgeschrieben. Ab Mitte 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein (flächendeckender Roll-out).

Im Zuge des E-Health-Gesetzes gelten folgende wesentlichen Punkte:

Die wesentlichen Punkte des E-Health-Gesetzes

- Medikationsplan
- Telemedizinische Anwendungen
- Elektronischer Arztbrief
- Digitalisierung vereinbarter Vordrucke
- Notfalldatenmanagement
- Aktualisierung der Versichertendaten
- Praxisverwaltungssystem
- Elektronische Patientenakte
- Elektronisches Patientenfach

(siehe auch: <http://www.kbv.de/html/e-health-gesetz.php>)

Nicht gestattet ist die Abrechnung für diese Art Leistungen innerhalb von

- Berufsausübungsgemeinschaften,
- Medizinischen Versorgungszentren,
- Apparatgemeinschaften

und ähnlichen Einrichtungen sowie im Rahmen des Mammographie-Screening.

Die **KBV informiert** umfassend über die neu eingeführte Telemedizin unter

<http://www.kbv.de/html/telemedizin.php> z.B.:

- Telemedizinische Anwendungen
- Überwachung von Patienten mit einem Defibrillator oder CRT-System
- Telekonsil bei der Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen
- Videosprechstunde

- Konzepte für telemedizinische Anwendungen
 - Arzt < > Arzt (ggf. in Anwesenheit des Patienten)
 - Arzt < > Patient
 - Arzt < > MFA

Rechtsquellen

- Anlage 31 Telemedizinische Leistungen
- Anlage 31a Vereinbarung bei Telekonsil
- Anlage 31 b Videosprechstunde

34810 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä **110**
11,90

Obligatorer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von Röntgenaufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werkstage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

Abstimmung mit dem Telekonsil einholenden Vertragsarzt

Abrechnungsbestimmung je Konsiliarauftrag

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 34800, 40120, 40122, 40124, 40126

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 34800.

34820 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT- Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä **276**
29,87

Obligatorer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT- Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werkstage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

Abrechnungsbestimmung je Konsiliarauftrag

Anmerkung Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 34800, 40104, 40120, 40122, 40124, 40126

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 34800.

34821 Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT- Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä **389**
42,10

Obligatorer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT- Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werkstage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

Abrechnungsbestimmung je Konsiliarauftrag

Anmerkung Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 01600, 01601, 34800, 40104, 40120, 40122, 40124, 40126

Kommentar: Siehe Kommentar zu EBM Nr. 34800.

35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Die KBV und die KV Hessen informieren in ihrem Internet u. a.:

Die neue ambulante psychotherapeutische Versorgung

Sprechstunden für Erstgespräche, Akutbehandlung, neue Sitzungskontingente: die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde zum 1. April 2017 einer umfangreichen Strukturreform unterzogen und um neue Leistungen ergänzt.

Zum 1. Juli 2017 treten weitere Änderungen im Bereich Psychotherapie in Kraft.

Die Struktur des Kapitels 35 EBM wird geändert. Der Abschnitt 35.2.1 enthält von nun an die Einzeltherapien und der Abschnitt 35.2.2 wird für die neuen GOP der Gruppentherapien verwendet. Hierbei ist zu beachten, dass die jeweilige fünfte Ziffer der GOP die Anzahl der Teilnehmer beschreibt. Die Gliederung in große und kleine Gruppen entfällt somit.

Wie sieht die neue Struktur des Kapitels 35 aus?

- Abschnitt 35.1: Nicht antragspflichtige Leistungen
Die GOPen dieser Leistungen bleiben unverändert.
- Abschnitt 35.2.1: Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)
Neue GOPen der Einzeltherapien für die Kurzzeit- und die Langzeittherapie in den unterschiedlichen Therapieverfahren.
Neu bei Kurzzeittherapie in Einzeltherapie: Für jedes Verfahren gibt es zwei GOP, eine für das erste 12-Stunden-Kontingent und eine für das zweite 12-Stunden-Kontingent.
- Abschnitt 35.2.2: Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)
Neue GOPen der Gruppentherapien. Die letzte Ziffer der GOP in jedem Komplex entspricht der Teilnehmergröße der Gruppe.
- Abschnitt 35.2.3: Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)
Neue GOPen für die von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzten Strukturzuschläge. Der Zuschlag für Gruppentherapien ist unter einer GOP zusammengefasst.
- Abschnitt 35.3: Psychodiagnostische Testverfahren (GOP 35600, 35601, 35602)
Neue GOPen für die psychodiagnostischen Testverfahren.

Ausgedehnte Informationen gibt die KV Hessen in einem pdf unter

https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Mitglieder/Publikationen/Rundschreiben/Rundschreiben_2017/170612_RS_PT-Leistungen%20ab%201%20Juli%202017%20mit%20TV.pdf u. a. zu den Themen:

- zum neuen Vergütungssystematik für Gruppentherapien
- was bedeutet die Neustrukturierung für Sie?
- Abrechnungsgenehmigung
- Gruppentherapie: Änderung bei der Antragstellung
- wichtiger Hinweis für Nachzüglerfälle

ÜBERSICHT: EBM Nrn. PSYCHOTHERAPIE ZU DEN VERSCHIEDENEN THERAPIEVERFAHREN u. ä. ab 3. Quartal 2017

https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Mitglieder/Abrechnung_und_Honorar/Alles_fuer_Ihre_Abrechnung/EBM/EBM-Aenderung_01_07_2017/170612_Psychotherapie-Tischvorlage.pdf

Psychotherapie-Richtlinie

Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (717,2 kB, PDF)

Fassung vom: 19.02.2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009

Letzte Änderung: 24.11.2016 BAnz AT 15.02.2017 B2

In Kraft getreten am: 16.02.2017

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Psychotherapie März 2017

Ab April 2017: Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung – Wissenswertes für Therapeuten http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Psychotherapie_Reform.pdf und Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 19. Januar 2017* http://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35150 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnet werden.

Kommentar:

„Nicht antragspflichtige Leistungen“ bedeutet, Leistungen des Abschnitts 35.1 müssen nicht bei der Krankenkasse beantragt werden, so wie dies für Leistungen des Abschnitts 35.2 gilt.

Allerdings dürfen nicht alle Vertragsärzte Leistungen des Abschnitts 35.1 und des Abschnitts 35.2 erbringen und abrechnen. Es müssen die Voraussetzungen der Psychotherapie-Vereinbarungen (s. Paragraph 5) erfüllt sein und von der zuständigen KV eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung vorliegen.

35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

152
16,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35100 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35100.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08521

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 und Kapitel 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nr. 806.

Siehe Kommentar zu Kapitel 35.

EBM Nr. 35100 kann von

- Psychologischen Psychotherapeuten
- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

nicht abgerechnet werden.

Die Legende der EBM Nr. 35100 schreibt eine Zeitdauer der Leistung von mind. 15 Minuten vor. Werden neben der EBM Nr. 35100 weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen mit Zeitvorgaben in ihren Leistungslegenden durchgeführt, dann muss die Arzt-Patienten-Kontaktzeit um mind. 15 Minuten überschritten werden (s. Zeitanforderung bei EBM Nr. 35100).

Die EBM Nr. 35100 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden, auch wenn sich durchgeführte Sitzung über die obligate Dauer von 15 Minuten (s. Leistungslegende) dauerte.

Siehe aktuelle Richtlinie Psychotherapie-Richtlinie Stand: 16. Februar 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT_RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

152
16,45

Obligatorer Leistungsinhalt

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35110 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35110.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 08521

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35111, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 und Kapitel 35.2

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 17 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nr. 849

Siehe Kommentar zu Nr. 35100.

Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35111*

Übende Verfahren (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzelbehandlung

232
25,11

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Einzelbehandlung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 26 **Prüfzeit:** 26 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 846, 849

Nur für die in der Leistungslegende genannten übenden Verfahren besteht eine Abrechnungsmöglichkeit. Während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie sind die Leistungen nach den Nrn. 35111, 35112, 35113 und 35120 nicht berechnungsfähig. Eine Kombination von Einzel- (Nr. 35111) und Gruppentherapie (Nr. 35112) ist nach **Wezel/Liebold** statthaft.

Wezel/Liebold informiert ferner in seinem Kommentar: ... „Für die Respiratorische Feedback-Behandlung als Entspannungstherapie sind nach Auffassung des Ausschusses für Untersuchungs- und Heilmethoden bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Voraussetzungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes als nicht erfüllt anzusehen, d. h., dass diese Behandlung und ähnliche Entspannungstherapien im Rahmen der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung nicht, also auch nicht unter der Nr. 35 111 abgerechnet werden können. (So auch Feststellung Nr. 700 der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen.) ...“

Mit den EBM Nrn. 35111 bis 35113 können nur die Übenden Verfahren erbracht und abgerechnet werden, die in den Legenden in Klammern genannt werden.

Yoga ist keine Leistung die von der GKV erstattet wird.

Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35112* Übende Verfahren (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen 62 6,71

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 50 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min.

GOÄ

Kommentar:

Kalkulationszeit: 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
entsprechend oder ähnlich: Nrn. 846, 847

Mit den EBM Nrn. 35111 bis 35113 können nur die Übenden Verfahren erbracht und abgerechnet werden, die in den Legenden in Klammern genannt werden.

Während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie sind die Leistungen nach den Nrn. 35111, 35112, 35113 und 35120 nicht berechnungsfähig.

Yoga ist keine Leistung die von der GKV erstattet wird.

Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35113* Übende Verfahren (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen 90 9,74

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 30 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
- Mindestens 2, höchstens 6 Teilnehmer,

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

EBM-Nr.

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 10 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 847

Kommentar: Mit den EBM Nrn. 35111 bis 35113 können nur die übenden Verfahren erbracht und abgerechnet werden, die in den Legenden in Klammern genannt werden.

Nur für die in der Leistungslegende genannten übenden Verfahren besteht eine Abrechnungsmöglichkeit. Während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie sind die Leistungen nach den Nrn. 35111, 35112, 35113 und 35120 nicht berechnungsfähig. Eine Kombination von Einzel- (Nr. 35111) und Gruppentherapie (Nr. 35112) ist nach **Wezel/Liebold** statthaft. Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35120***Hypnose****145****15,69****Obligater Leistungsinhalt**

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,
- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Suggestiver Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 16 **Prüfzeit:** 16 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 845

Kommentar: Während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie sind die Leistungen nach den Nrn. 35111, 35112, 35113 und 35120 nicht berechnungsfähig. Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35130*

Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie

269**29,11****Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35131

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 30 **Prüfzeit:** 30 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nrn. 80 oder 85

Kommentar: Die Leistung ist nicht antragspflichtig. Jeder zur Ausübung von Psychotherapie berechnungsfähige (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut) kann die Leistung erbringen und abrechnen. Portokosten nach EBM Nrn. 40120 ff. sind abrechenbar, die Schreibgebühren nicht.

35131*

Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Langzeittherapie

539**58,33****Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35130

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 60 **Prüfzeit:** 60 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Analoges Ansatz der Nrn. 80 oder 85
Kommentar: Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

35140**Biographische Anamnese****493**
53,36**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Erstellen der biographischen Anamnese,
- Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltensanalytischen Status,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35150
 im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 55 **Prüfzeit:** 70 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 860

Kommentar: Die biographische Anamnese ist für die sogenannte „Große Psychotherapie“ eine **vorher** durchzuführende Leistung und dient der Feststellung, ob Leistungen der „Kleinen oder Großen Psychotherapie“ oder gar keine Leistungen erfolgen sollen. Diese Leistung und auch die Zuschlagsleistung nach Nr. 35142 sind vor und nicht während einer Psychotherapie zu erbringen. Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

Ein persönlicher Arzt- bzw. Therapeuten-Patienten-Kontakt ist seit Jahren (2008) für die Erbringung der Leistung nicht mehr erforderlich. Der Kontakt kann im Rahmen vorausgegangener Probatorischer Sitzungen ggf. auch im Rahmen zuvor erfolgter Gespräche stattgefunden haben.

Wezel/Liebold informiert in seinem Kommentar: ... „Wenn im Rahmen dieser ggf. auf einem Fragebogen basierenden, jedoch zumindest zum Teil interaktiven Anamneseerhebung ausreichend Fakten zur Erstellung der biographischen Anamnese vorliegen, so kann für das Erstellen unter Einhaltung einer Mindestdauer von 50 Minuten die Abrechnung der Nr. 35140 auch an einem Tag ohne persönlichen Arzt- bzw. Therapeuten-Patienten-Kontakt erfolgen ...“

35141***Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration****180**
19,48**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221
 in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35150, 35151, 35152

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 20 **Prüfzeit:** 21 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nr. 860 ggf. mit höherem Steigerungsfaktor

Kommentar: Die Leistung ist nicht antragspflichtig. Diese Leistung kann nur von dem Arzt oder Therapeuten abgerechnet werden, der die Biographische Anamnese nach EBM Nr. 35140 erbracht hat.

35142* Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde **65 7,03**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03350, 04351, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 22230, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35150, 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 7 **Prüfzeit:** 5 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Nrn. 800, 801

Kommentar: Diese Leistung nach Nr.35140 und auch nach Nr. 35142 sind vor und nicht während einer Psychotherapie zu erbringen. Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

Der Zuschlag zur Nr. 35140 gilt für die Erhebung zusätzlich erforderlicher neurologischer und psychiatrischer Befunde und kann nur in Verbindung mit der Leistung nach EBM Nr. 35140 abgerechnet werden.

Sie kann nur im Zusammenhang mit den Leistungen der Nr. 35140 nur 1x im Krankheitsfall berechnet werden.

35150 Probatorische Sitzung **621 67,21**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35150 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01210, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35140, 35141, 35142

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** 60 **Prüfzeit:** 70 **Eignung d. Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil
GOÄ entsprechend oder ähnlich: Leistungskomplex so in der GOÄ nicht vorhanden, ggf. Nrn. 861 oder 863 oder 870

Kommentar: Entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien können vor einer Antragstellung zur Psychotherapie bis 5 und vor einer analytischer Psychotherapie bis zu 8 probatorische Sitzungen erfolgen. Probatorische Sitzungen müssen Einzelsitzungen sein. Die Leistung ist nicht antragspflichtig.

Siehe Psychiatrie-Richtlinien des G-BA Stand 16.2.2017

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf. In diesen Richtlinien finden sich alle wichtigen Hinweise.

35151* Psychotherapeutische Sprechstunde **406 43,94**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- psychotherapeutische Intervention,
- Hinweise zu weiteren Hilfsmöglichkeiten,
- individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 25 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Krankheitsfall höchstens 6-mal und bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 kann bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden.

Abrechnungsausschluss

in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 16230, 16231, 16232, 16233, 21216, 21220, 21221, 21230, 21231, 21232, 21233, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35140, 35141, 35142, 35150, 35152

am Behandlungstag 35571, 35572 und Kapitel 35.2.1, 35.2.2

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Siehe Psychiatrie-Richtlinien des G-BA Stand 16.2.2017

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf.

In diesen Richtlinien finden sich alle wichtigen Hinweise.

Hier nur einige Kurzbemerkungen aus der Richtlinie:

- Die Durchführung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist Zugangsvoraussetzung zur weiteren ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Dies gilt jedoch verbindlich erst ab April 2018.
- Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung entlassen werden, können probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Sprechstunde beginnen, auch, wenn ein Therapeutenwechsel nach oder während einer laufenden Therapie erfolgt.

Die Durchführung einer Sprechstunde (mindestens 50-Minuten) ist dem Patienten auf dem Formular PTV 11 zu bescheinigen und ggf. ein Hinweis für weiteres Vorgehen zu vermerken. Das Hinweisblatt PTV 10 ist auszuhändigen.

Hinweis: Siehe die FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHO-THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG unter http://www.kbv.de/media/sp/Ausf_Hilfen_Formulare_Ambulante_Psychotherapeutische_Versorgung.pdf

Wezel-Liebold informiert in seinem Kommentar:

... „Die Durchführung und Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151 im Anschluss an probatorische Sitzungen gemäß Gebührenordnungsposition 35150 ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „grundsätzlich nicht im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie (§ 11 in Verbindung mit § 12)“. Diese Konstellation ist jedoch weder in der Psychotherapie-Richtlinie noch im EBM oder der Psychotherapie-Vereinbarung explizit ausgeschlossen. Daher ist die Abrechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde nach Durchführung probatorischer Sitzungen in begründeten Ausnahmefällen möglich...

Psychotherapeutische Akutbehandlung**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Psychotherapeutische Akutbehandlung gemäß § 13 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,

- psychotherapeutische Intervention(en) zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,

und/oder

- Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 25 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35152 ist höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse

in derselben Sitzung 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220, 14221, 14222, 14310, 14311, 16220, 16230, 16231, 16232, 16233, 21216, 21220, 21221, 21230, 21231, 21232, 21233, 22220, 22221, 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35140, 35141, 35142, 35150, 35151

am Behandlungstag 35571, 35572, 35.2.1, 35.2.2

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht: Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung: Ja

Kommentar: Siehe Psychiatrie-Richtlinien des G-BA Stand 16.2.20117
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf.
 In diesen Richtlinien finden sich alle wichtigen Hinweise.

Hier nur einige Kurzbemerkungen aus der Richtlinie:

- Eine Akutbehandlung ist der Krankenkasse des Patienten mit dem Formular PTV 12 anzuzeigen. Der Patient erklärt auf dem Formular, dass bei ihm zuvor eine mindestens 50-minütige Sprechstunde durchgeführt wurde (Ausnahmen und Fristen zu dieser Regelung siehe Kommentar zu Ziffer 35151).
- Die durchgeführten Akutbehandlungen sind mit einer ggf. anschließenden Kurzzeittherapie (KZT 1) und/oder Langzeittherapie zu verrechnen.
- Bei Akutbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen sind Sitzungen ausschließlich mit der Bezugsperson/den Bezugspersonen nicht vorgesehen. Eine Ausweitung über das Kontingent von 24 Therapieeinheiten hinaus ist somit ebenfalls ausgeschlossen.

... „Ein Konsiliarbericht vor Beginn oder während der Durchführung einer Akutbehandlung ist – nach Kommentar von Wezel-Liebold – aus berufsrechtlicher Sicht unbedingt zu empfehlen.“

Hinweis: Siehe die FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHO- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG unter http://www.kbv.de/media/sp/Ausf_Hilfen_Formulare_Ambulante_Psychotherapeutische_Versorgung.pdf

35.2 Antragspflichtige Leistungen

1. Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten, bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 von mindestens 162.734 Punkten je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenord-

35 Psychotherapie-Richtlinien

nungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 379.712 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 189.856 Punkten (häftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 die Maximalpunktzahl von 379.712 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 189.856 Punkten bei häftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.

4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 zu.

1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 – jedoch maximal 379.712 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 189.856 Punkte bei häftigem Tätigkeitsumfang – und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2, der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151 und der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

Kommentar:

Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 35.2 ist nur mit einer vorherigen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) möglich.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte im Dezember 2013 beschlossen, die Bewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen dahingehend zu prüfen, ob die seit dem 1.1.2009 geltende Bewertung dieser Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung sicherstellt. Die vorliegenden Nummern 2 bis 5 sind das Ergebnis dieser Überprüfung. Dabei hat sich der Bewertungsausschuss an den bisherigen Verfahren zur Bewertung psychotherapeutischer Leistungen, wie sie vom Bundessozialgericht bestätigt wurden, orientiert. Die wesentlichen Inhalte sind:

a) Ein vollausgelasteter Arzt bzw. Therapeut erbringt im Jahr in 43 Wochen jeweils 36 Therapiestunden, d.h. 1.548 Therapiestunden pro Jahr bzw. 387 Therapiestunden pro Quartal. Die Therapiestunden beziehen sich auf die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EB:.

b) Ein vollausgelasteter Arzt bzw. Therapeut soll mit der Berechnung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen einen Ertrag (Vergleichsertrag) erzielen können, der dem von Fachärzten einer

Vergleichsgruppe im unteren Einkommensbereich entspricht. Der Vergleichsbetrag wird ermittelt aus dem gewichteten Mittel der Erträge der einbezogenen Fachgruppen, wobei nicht prägende Leistungen unberücksichtigt bleiben.

c) Der für die Bestimmung der angemessenen Höhe der Vergütung notwendige Honorarumsatz ergibt sich aus der Addition des Vergleichsertrages und der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis einschließlich einer Halbtagskraft für die Praxisorganisation.

d) Zur Berechnung des Vergleichsertrages bzw. die Ermittlung der Betriebsausgaben einer vollausgelasteten psychotherapeutischen Praxis werden ndie zum Prüfungszeitraum vorliegenden aktuellen Kostenstrukturanalysen verwendet.

Hinsichtlich der Einzelheiten der Abrechnungs- bzw. Bewertungsregelungen hat sich der Bewertungsausschuss wohl kaum an den Grundsätzen einer anwenderfreundlichen und entbürokratisierungsorientierten Gestaltung von Normen orientiert.

Die KBV informiert zur Abrechnung von Einzeltherapien

(<http://www.kbv.de/html/17549.php>)

Die Abrechnung von Einzeltherapien erfolgt ab 1. Juli 2017 nach neuen Gebührenordnungspositionen. Diese stehen im neuen Abschnitt 35.2.1. Die Vergütung bleibt für alle Leistungen unverändert.

Eine Besonderheit betrifft die Kurzzeittherapien: Für jedes Richtlinien-Verfahren gibt es zwei GOP – eine für die Kurzzeittherapie 1 und eine für die Kurzzeittherapie 2. Diese Unterteilung gilt nur für die Einzeltherapien.

Verfahren	GOP				Bewertung (je vollendete 50 Min.)
	alt		neu ab 1. Juli		
TP	KZT	35200	KZT1	35401	841 Punkte 91,02 Euro (unverändert)
			KZT2	35402	
	LZT	35201	LZT	35405	
AP		35210	KZT1	35411	
			KZT2	35412	
			LZT	35415	
VT	KZT	35220	KZT1	35421	841 Punkte 91,02 Euro (unverändert)
			KZT2	35422	
	LZT	35221	LZT	35425	

Hinweise zur Abrechnung

Ab Juli nur noch die neuen GOP: Die alten GOP werden zum 1. Juli gestrichen. Für die Abrechnung von Einzeltherapien verwenden Psychotherapeuten dann die neuen GOP. Dies gilt auch für Therapien, die vor dem 1. Juli beantragt wurden.

Besonderheit bei Kurzzeittherapien: Bei Kurzzeittherapien, die vor dem 1. Juli begonnen wurden, richtet sich die Abrechnung nach dem Stand des bewilligten Therapiekontingents:

- die ersten zwölf Sitzungen werden mit der GOP 35401, 35411 oder 35421 abgerechnet,
- die 13. bis 24. Sitzung (bzw. 25. Sitzung, falls die Therapie vor dem 1. April 2017 beantragt worden war) mit der GOP 35402, 35412 oder 35422.
- Gruppentherapie: neue GOP / neue Bewertung
- Um Gruppentherapien besser abzubilden, wird zum 1. Juli 2017 die Vergütungssystematik umgestellt: Wurde bisher nur zwischen kleinen und großen Gruppen unterschieden, richtet sich die Höhe der Bewertung ab Juli nach der Anzahl der Teilnehmer. Infolgedessen gibt es für jedes der drei Therapieverfahren jeweils sieben GOP für die Kurzzeittherapie und sieben GOP für die Langzeittherapie.
- Die Gruppenleistungen wurden dazu neu bewertet. Im Ergebnis steigt das Honorar für Gruppentherapien um etwa 20 Prozent. Dabei ist der Zuwachs je nach Gruppenstärke unterschiedlich hoch. Lediglich bei der 4er Gruppe führte die Neukalkulation zu einer leichten Absenkung des Honorars.

35 Psychotherapie-Richtlinien

Die KBV informiert weiter zur Abrechnung von Gruppentherapien

Mit der Umstellung entfallen ab Juli die alten GOP für die Gruppentherapie. Für die neuen GOP wird ein Abschnitt 35.2.2 eingeführt.

Teilnehmer	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		
	KZT	LZT	Bewertung (je Teilnehmer/ 100 Min.)
	GOP		
3	35503	35513	836 Punkte 90,48 Euro
4	35504	35514	704 Punkte 76,19 Euro
5	35505	35515	626 Punkte 67,75 Euro
6	35506	35516	573 Punkte 62,01 Euro
7	35507	35517	535 Punkte 57,90 Euro
8	35508	35518	507 Punkte 54,87 Euro
9	35509	35519	485 Punkte 52,49 Euro

Teilnehmer	Analytische Psychotherapie		
	KZT	LZT	Bewertung (je Teilnehmer/ 100 Min.)
	GOP		
3	35523	35533	836 Punkte 90,48 Euro
4	35524	35534	704 Punkte 76,19 Euro
5	35525	35535	626 Punkte 67,75 Euro
6	35526	35536	573 Punkte 62,01 Euro
7	35527	35537	535 Punkte 57,90 Euro
8	35528	35538	507 Punkte 54,87 Euro
9	35529	35539	485 Punkte 52,49 Euro

Teilnehmer	Verhaltenstherapie		
	KZT	LZT	Bewertung (je Teilnehmer/ 100 Min.*)
	GOP		
3	35543	35553	836 Punkte 90,48 Euro
4	35544	35554	704 Punkte 76,19 Euro
5	35545	35555	626 Punkte 67.75 Euro

6	35546	35556	573 Punkte 62,01 Euro
7	35547	35557	535 Punkte 57,90 Euro
8	35548	35558	507 Punkte 54,87 Euro
9	35549	35559	485 Punkte 52,49 Euro

* Bei der Verhaltenstherapie sind weiterhin auch Sitzungen von mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig (Kennzeichnung mit bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichen „H“). In diesem Fall halbiert die Kassenärztliche Vereinigung die Punktzahl.

• **Hinweise zur Abrechnung**

- **Ab Juli nur noch die neuen GOP:** Die alten GOP werden zum 1. Juli gestrichen. Für die Abrechnung von Gruppentherapien verwenden Psychotherapeuten dann die neuen Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2.2. Dies gilt auch für Therapien, die vor dem 1. Juli beantragt wurden.
- **Besonderheit bei Gruppen mit zwei Teilnehmern:** Die Abrechnung von Gruppentherapien mit nur zwei Teilnehmern, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April beantragt wurden, ist weiterhin möglich. Aktuell können diese Gruppentherapien nach den GOP der kleinen Gruppe abgerechnet werden. Ab Juli erfolgt die Abrechnung mit bundeseinheitlichen Pseudo-GOP:

Pseudo-GOP	Bezeichnung
80542	Verhaltenstherapie (KZT), 2 Teilnehmer
80552	Verhaltenstherapie (LZT), 2 Teilnehmer

35.2.1 Einzeltherapien

35401 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung) **841
91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35401 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 35401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**35402** Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung) **841
91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35402 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 35402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.**Abrechnungsausschluss**

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**35405** Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) **841
91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35405 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35405 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Sitzungen innerhalb einer beantragten Langzeittherapie können bei einer Behandlungsdauer von mehr als 40 Stunden maximal 8 und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für eine Rezidivprophylaxe nach der auf dem Formular PTV 12 gemeldeten Beendigung der Psychotherapie verwendet werden.

Siehe Psychiatrie-Richtlinien des G-BA Stand 16.2.2017

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf

Bei Kindern und Jugendlichen können

- bei einer Behandlungsdauer von mehr als 40 Stunden maximal 10 und
- bei einer Behandlungsdauer von mehr als 60 Stunden maximal 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden,

sofern Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen werden.

Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents sind die Stunden der Rezidivprophylaxe und diese können bis maximal zwei Jahre nach Beendigung der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

Nach Festsetzung der KBV sind

- Rezidivprophylaxe- Sitzungen mit einem **R**,
- im Falle der Einbeziehung einer relevanten Bezugsperson mit einem **U**,

hinter der EBM Nr. zu kennzeichnen, z.B. Nr. 35405R oder 35405U.

Hinweis: Siehe die FORMULARE IN DER AMBULANTEN PSYCHO- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG unter http://www.kbv.de/media/sp/Ausf_IIhilfen_Formulare_Ambulante_Psychotherapeutische_Versorgung.pdf

35411

Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

841
91,02

Obligatorer Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35411 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**35412****Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)****841****91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35412 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**35415****Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)****841****91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35415 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**Kommentar:** Siehe Kommentar zur EBM Nr. 35405.**35421****Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)****841****91,02****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,

- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein

35422

Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

841
91,02

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein

35425

Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

841
91,02

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425 gemäß § 27 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 50 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35425 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein

Kommentar: Siehe Kommentar zur EBM Nr. 35405.

35.2.2 Gruppentherapien

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligatorer Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
- oder
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Höchstens 24 Sitzungen,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35503	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35504	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35505	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35506	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35507	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35508	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35509	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	52,47 Euro

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35409 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss für die EBM Nrn. 35503 bis 35509

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221

Leistung(en)

Komplex für Gruppentherapie (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)

Obligatorer Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

Abrechnungsbestimmungen**je Teilnehmer**

35513	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35514	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35515	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35516	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35517	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35518	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35519	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	52,47 Euro

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss für die EBM Nrn. 35513 bis 35519

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Komplex für Gruppentherapie (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Analytische Psychotherapie,
 - Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
- oder
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Höchstens 24 Sitzungen,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

Abrechnungsbestimmung für die EBM Nrn. 35523 bis 35529**je Teilnehmer**

35523	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35524	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35525	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35526	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35527	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35528	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35529	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	52,47 Euro

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein**Komplex für Gruppentherapie (Analytische Therapie, Langzeittherapie)****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,

- Dauer mindestens 100 Minuten
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

Abrechnungsbestimmung für die EBM Nrn. 35533 bis 35539**je Teilnehmer**

35533	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35534	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35535	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35536	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35537	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35538	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35539	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	52,47 Euro

Anmerkung Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Berichtspflicht Nein

Komplex für Gruppentherapie (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)**Obligatorer Leistungsinhalt**

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
- oder
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 28 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

Abrechnungsbestimmung für die EBM Nrn. 35543 bis 35549**je Teilnehmer**

35543	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35544	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35545	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35546	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35547	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35548	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35549	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	51,47 Euro

Anmerkung Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

Komplex für Gruppentherapie (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

Abrechnungsbestimmung für EBM Nrn. 35553 bis 35559

je Teilnehmer

35553	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	836 Punkte	90,48 Euro
35554	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	704 Punkte	76,19 Euro
35555	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	626 Punkte	67,75 Euro
35556	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	573 Punkte	62,01 Euro
35557	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	535 Punkte	57,90 Euro
35558	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	507 Punkte	54,87 Euro
35559	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	485 Punkte	52,47 Euro

Anmerkung Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 03230, 04230, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35120, 35140 bis 35142 und 35150 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

am Behandlungstag 35151, 35152

im Behandlungsfall 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

35.2.3 Zuschläge

35571* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 **143
15,48**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35571 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

35572* Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 **60
6,49**

Anmerkung Sofern die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 und 35553 bis 35559 für eine Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnet werden, ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 35572 ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 35572 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

35573

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

69
7,47

Die Gebührenordnungsposition 35573 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Berichtspflicht Nein

35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

1. Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1280 Punkten,
- für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 854 Punkten

berechnungsfähig.

Kommentar:**Hinweis der Autoren**

Zu beachten ist generell, dass die diagnostische Anwendung von Testverfahren nur bei Vorliegen qualifizierter testpsychologischer Fachkenntnisse sinnvoll und verantwortbar ist. Aus diesem Grund werden beispielsweise von den deutschen und schweizerischen Testzentralen des Hogrefe Verlags (<http://www.hogrefe.de>), Göttingen, zahlreiche standardisierte Testverfahren grundsätzlich nur an in ihrem Fachgebiet qualifizierte Psychologinnen und Psychologen ausgeliefert.

Damit soll sichergestellt werden, dass die Anwendung und Auswertung solcher Testverfahren nur von diesen Fachkräften selbst oder unter ihrer Supervision durchgeführt wird. Das Lieferangebot der Testzentrale des Hogrefe Verlags umfasst zur Zeit mehr als 750 Testverfahren, die Testzentrale besorgt und liefert darüber hinaus auch die Testprogramme vieler in- und ausländischen Verlage und ist Mitglied der **etpg – the european test publishers group**. Es wird empfohlen, wegen der Bezugsberechtigung bestimmter Testverfahren direkt beim betreffenden Verlag nachzufragen oder sich an die Testzentrale zu wenden: www.testzentrale.de.

35600*

Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren

28
3,03

Obligator Leistungsinhalt

- Testverfahren
 - Fragebogentest und/oder
- Orientierender Test,
 - Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen. Die Gebührenordnungsposition 35600 ist – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01450 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 16371, 20371

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

35601* Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren**28
3,03****Obligator Leistungsinhalt**

- Anwendung psychometrischer Testverfahren
 - Funktionstest
und/oder
 - Entwicklungstest
und/oder
 - Intelligenztest,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen. Die Gebührenordnungsposition 35601 ist – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar. Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01450 berechnungsfähig.

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

35602* Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren**46
4,98****Obligator Leistungsinhalt**

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 5 Minuten

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist – mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung – grundsätzlich delegierbar. Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01450 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss

im Behandlungsfall 16371, 20371

Die Abrechnung der mit * gekennzeichneten Leistung, schließt den Ansatz der fachärztlichen Grundpauschale aus.

Berichtspflicht Nein

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

Informationen der Herausgeber:

Aufgenommen wurde nachfolgend im Buch nur die Präambel zum Kapitel 36. Die nicht aufgeführten EBM-Nrn. des Kapitels

36.2 Belegärztliche Operationen

36.2.1 Präambel

und alle zu den operativen Leistungen gehörenden OP-Kategorien, die Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe und die zugeordneten Narkoseleistungen, sowie sämtliche zur Abrechnung erforderliche OPS Codierungen finden Sie im Internet im unkommentierten aber stets aktuellen vollständigen EBM unter: www.springermedizin.de/ops-codierungen:

36.1 Präambel

1. Belegärztliche Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt:

- Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die belegärztliche Operation vorzubereiten. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels IV-36 abgebildet.
- Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt IV-36.2 bzw. IV-36.5)
- Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt IV-36.3).
- Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
- Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels IV-36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

2. Belegärztlich-konservativer Bereich

- Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts IV-36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regional-kassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.
- Die Gebührenordnungspositionen 36861 und 36867 sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte IV-31.2 bis IV-31.5, IV-36.2, IV-36.3 und IV-36.5 berechnet werden.

Kommentar:

Der gesamte Komplex der belegärztlichen Operationen wurde völlig neu gestaltet und von dem Bereich der ambulanten Operationen (Kapitel 31) getrennt. Auch wenn es inhaltlich zum Kapitel 31 viele Parallelen gibt, führt die Besonderheit der Belegarztsituation doch zu einigen Unterschieden, die die Aufteilung beider Operationsgebiete in zwei getrennte Kapitel sinnvoll macht.

Die belegärztlichen Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt. Diese beinhalten:

- den präoperativen Abschnitt – hier wirken Hausärzte, ggf. weitere überweisende Vertragsärzte, Anästhesist und Operateur zusammen mit dem Ziel der Vorbereitung des Patienten für die Operation (dieser Bereich ist nicht im Kapitel 36 enthalten),
- den operativen Abschnitt – hier wird die Operation einschließlich der Anästhesie vom Operateur, ggf. in Kooperation mit dem Anästhesisten durchgeführt (Abschnitte 36.2 bzw. 36.5)
- die postoperative Überwachung – diese erfolgt unmittelbar im Anschluss an die Operation durch den Anästhesisten oder den Operateur (Abschnitt 36.3),
- die stationäre Behandlung durch Beleg- und Konsiliarärzte (Gebührenordnungspositionen des EBM),
- die ambulante postoperative Behandlung (dieser Bereich ist ebenfalls nicht im Kapitel 36 enthalten), wobei die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht abrechnungsfähig sind.

Der belegärztlich konservative Bereich (Abschnitt 36.6) ist ausschließlich anerkannten Belegärzten vorbehalten. Die dort genannten Strukturpauschalen (Nrn. 36861 und 36867) können nur abgerechnet werden, wenn während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5 aus dem Bereich der ambulanten Operationen und 36.2, 36.3 und 36.5 der belegärztlichen Leistungen abgerechnet werden.

36.2 Belegärztliche Operationen

36.2.1 Präambel

1. Als belegärztliche Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandsleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs, sofern die OPS-Codes des Anhangs 2 nichts anderes vorsehen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat. Insbesondere sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend des Vertrages nach § 115b SGB V, die Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie § 137 SGB V zu beachten.

3. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 36.2 ist nicht gebietsspezifisch. Nur die im Anhang 2 aufgeführten belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350, 06351 und 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01412, 01414, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01641, 01642, 01700, 01701, 01705 bis 01707, 01708, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01735, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758 und 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01915, 01949 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112 und 02120, 02325, 02326, 02327, 02328, 04434, 16310, 19310, 19312, 19315, 19320, 26310, 26311 und 26320 bis 26325, die arztgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35 bzw. Abschnitt 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 36.3, 36.5.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

5. Die Gebührenordnungspositionen 26310, 26311 und 26320 bis 26325 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 in derselben Sitzung berechnungsfähig.

6. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.

7. Während eines stationären Aufenthaltes können keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5 berechnet werden.

8. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 umfassen sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten ärztlichen Leistungen: Untersuchungen, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) und Beratung. Zusätzlich umfassen die Leistungen den Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Kommentar:

zu Pkt. 1

Ambulante Operationen werden zunächst einmal wie folgt definiert:

- ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/ oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

- Leistungen entsprechend den OPS-301-Prozeduren des Anhangs 2, ggf. einschließlich eingriffsbezogener Verbandleistungen.

Keine operativen Eingriffe im Sinne dieses Abschnitts sind Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln sowie Kürettagen oder Shave-Biopsien der Haut, sofern die OPS-Codes des Anhangs 2 nichts anderes vorsehen. Im EBM werden die Operationenschlüssel (OPS) = Prozeduren zu alphabetisch aufgeführten Eingriffsgruppen zusammengefasst.

A	Dermatochirurgischer Eingriff
B	Eingriff an der Brustdrüse
C	Eingriff an den Extremitäten
D	Eingriff an Knochen und Gelenken
E	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)
F	Visceralchirurgischer Eingriff
G	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff
H	Proktologischer Eingriff
J	Thoraxchirurgischer Eingriff
K	Eingriff am Gefäßsystem
L	Schrittmacher
M	Eingriff der MKG-Chirurgie
N	Eingriff der HNO-Chirurgie
O	Peripherer neurochirurgischer Eingriff
P	Zentraler neurochirurgischer Eingriff
PP	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff
Q	Urologischer Eingriff
R	Endoskopischer urologischer Eingriff
RR	Urologischer Eingriff mit Bildwandler
S	Gynäkologischer Eingriff
T	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff
U	Extraocularer Eingriff
V	Intraocularer Eingriff
W	Laserchirurgischer Eingriff
X	Intraocularer Eingriff (Phakoemulsifikation)

Innerhalb dieser Eingriffsgruppen werden nach Schwierigkeitsgraden (und damit auch nach Bewertungen) Kategorien von 1 – 7 gebildet. Diese Unterteilung erfolgt nach sogenannten Schnitt-Naht-Zeit Gruppen (SNZ): **Schnitt-Naht-Zeit Kategorie/Gruppe (SNZ)/**

bis 15 Min.	Kategorie 1
15 – 30 Minuten,	Kategorie 2
30 – 45 Minuten	Kategorie 3
45 – 60 Minuten	Kategorie 4
60 – 90 Minuten	Kategorie 5
90 – 120 Minuten	Kategorie 6
über 120 Minuten	Kategorie 7

zu Pkt. 2

Um Leistungen nach diesem Abschnitt abrechnen zu können, muss der Vertragsarzt

- die notwendigen sachlichen und personellen Voraussetzungen erfüllen (diese finden sich in der Vereinbarung zwischen den GKV-Spitzenverbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten

Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V),

- eine Belegarztanerkennung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung haben und
- die einschlägigen Qualitätssicherungsmaßnahmen beachten.

zu Pkt. 3

Die im Anhang 2 durchgeführte Zuordnung der Leistungen dieses Abschnitts entsprechend des Operationsschlüssels nach § 301 SGB V erfolgt nach den OPS-Nummern. Ein Auffinden einer EBM-Leistung des Kapitels 31.2 im Anhang 2 bereitet entsprechende Mühen. **Wichtig** ist, dass auch die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten angeführten Rahmenbedingungen zu beachten sind. Deshalb ist es auch bei der Durchführung ambulanter Operationen nicht nur zweckmäßig, sondern nahezu unvermeidlich, praxisindividuell einen Katalog der Operationen mit allen dafür zu beachtenden Regelungen zu erstellen.

zu Pkt. 4

Zusätzlich zu den Leistungen dieses Kapitels sind für den Operateur in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, abrechnungsfähig, sofern die übrigen Abrechnungsvoraussetzungen des EBM gegeben sind:

- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II (arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen):
 - Nrn. 01100, 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme (jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414)
 - 01220 bis 01222 Reanimationskomplex
 - Nrn. 01320, 01321 Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute,
 - Nrn. 01410, 01414 Besuche, Visite
 - Nr. 01436 Konsultationspauschale,
 - Nrn. 01602 Mehrausfertigung eines Berichtes/Briefes
 - Nrn. 01610 bis 01612 Bescheinigung, Reha-Verordnung, Konsiliarbericht vor Aufnahme in die Psychiatrie
 - Nrn. 01620 bis 01623 Bescheinigung, Krankheitsbericht, Kurplan, Kurvorschlag
 - Nr. 01700 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
 - Nr. 01701 Grundpauschale für Prävention, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch
 - Nrn. 01705, 01706 Neugeborenen-Hörscreening,
 - Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening
 - Nr. 01708 Labor Neugeborenen-Screening
 - Nrn. 01711 bis 01723 Neugeborenen-Untersuchungen Jugendgesundheitsuntersuchung, Besuch zur Früherkennung, Sonographie Säuglingshüfte,
 - Nr. 01730 Krebsfrüherkennung Frauen
 - Nrn. 01730 bis 01735 Beratung zur Früherkennung
 - Nrn. 01740 bis 01742 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, Koloskopischer Komplex
 - Nr. 01743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie
 - Nr. 01750 Röntgen Mammae
 - Nrn. 01752 bis 01755 Brustkrebsfrüherkennung
 - Nrn. 01756 bis 01758 Histologische Untersuchung, Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz
 - Nr. 01770, 01771 Betreuung einer Schwangeren
 - Nrn. 01772 bis 01775 Schwangerschaftssonographie
 - Nrn. 01780 bis 01787 Geburtsleitung
 - Nrn. 01790 bis 01792 Humangenetische Beurteilung
 - Nr. 01793 Pränatale zytogenetische Untersuchung
 - Nrn. 01800 bis 01811 Röteln, Blutgruppenbestimmung, Antikörpernachweis
 - Nr. 01815 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin
 - Nr. 01816 bis 01818 Chlamydienscreening

IV Arztgruppenübergr. spezielle Gebührenordnungspositionen

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

- Nrn. 01820 bis 01822 Empfängnisregelung,
- Nrn. 01825 bis 01832 Empfängnisregelung
- Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis
- Nr. 01835 bis 01837 Humangenetische Beratung
- Nrn. 01838, 01839 Postnatale zytogenetische Untersuchung
- Nrn. 01840, 01842, 01843 Clamydienscreening
- Nr. 01850 Sterilisation
- Nrn. 01915, 01917, 01918 Clamydienscreening
- Nrn. 01950 bis 01952 Substitutionsbehandlung,
- Nrn. 01955, 01956 Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger,
- Nr. 02100 Infusion
- Nr. 02101 Infusionstherapie
- Nr. 02110 bis 02112 Transfusion, Reinfusion
- Nr. 02120 Erstprogrammierung Medikamentenpumpe
- die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen des Abschnitts III (fachärztliche arztgruppenspezifische Leistungen):
 - Nr. 16310 Elektroenzephalographische Untersuchung
 - Nrn. 19310, 19312, 19320 Histo-/Zytologie
 - Nrn. 26310, 26311, 26320 bis 26325 (Urethro(-zysto)skopie)
- Versicherten-, Grundpauschalen und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte
 - 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 30.7 Schmerztherapie (ohne Nrn. 30702 und 30704)
 - 36.3 Postoperativer Überwachungskomplex nach belegärztlichen Operationen
 - 36.5.2 Regionalanästhesien im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen
- Versicherten-, Grundpauschalen und Gebührenordnungspositionen der Kapitel
 - 32 Labor
 - 33 Ultraschalldiagnostik
 - 34 Radiologie, CT, NMR
 - 35 Psychotherapie

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müssen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Leistung genannt sind.

zu Pkt. 5

Die Leistungen im Zusammenhang mit Urethro(-Zysto)skopien (Nrn. 26310, 26311, 26320 bis 26325) können nicht in der gleichen Sitzung neben belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

zu Pkt. 6

Zur Vollständigkeit der Leistungserbringung gehört schließlich die Angabe der OPS-Nummern in der gültigen Fassung – auf die Schwierigkeit, diese in der Anlage 2 zu finden, wurde bereits hingewiesen – sowie die Diagnoseangabe nach dem ICD-10-Schlüssel in der jeweils gültigen Fassung.

zu Pkt. 7

Ambulante Operationen nach den Abschnitten 31.2 bis 31.5 sind während eines stationären Aufenthaltes nicht abrechnungsfähig.

zu Pkt. 8

Die Leistungen des Abschnitts 36.2 umfassen alle durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen:

- die Untersuchungen am Operationstag,
- alle Verbände,
- die ärztliche(n) Abschlussuntersuchung(en),
- Dokumentation und Beratungen einschließlich des Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt – letzteres aber nur fakultativ.

37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

Ab 1.7.2016 gibt es im EBM 2 neue Kapitel, einmal dieses **Kapitel 37** und dann **Kapitel 38 Delegationsfähige Leistungen**.

Kommentar:

Leistungen aus dem neuen EBM-Kapitel 37 für Patienten in Pflegeheimen werden zunächst extrabudgetär honoriert. Abrechnen dürfen allerdings nur Ärzte, die einen Kooperationsvertrag mit stationären Pflegeeinrichtungen gemäß Paragraf 119b SGB V geschlossen haben, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmanteltarif Ärzte erfüllt. Die Gebührenordnungspositionen im Einzelnen –(siehe http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf).

Die KV Sachsen-Anhalt informiert in ihrem Internet zu diesem neuen Kapitel:

... „Mit Aufnahme des neuen Kapitels soll die medizinische Versorgung in stationären Pflegeheimen gestärkt werden. Es enthält mehrere neue Gebührenordnungspositionen (GOP), mit denen der zusätzliche Aufwand von Haus- und Fachärzten für eine regelmäßige Abstimmung und Koordinierung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern honoriert werden soll.

Die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung gemäß § 119b Absatz 2 SGB V hatten KBV und GKV-Spitzenverband bereits in der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) „Versorgung in Pflegeheimen“ festgelegt. Sie dient als Grundlage für Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten.

Entsprechende Musterverträge können Sie bei der KVSA abfordern bzw. weiter im Internet herunterladen.

Die Abrechnung der neuen GOP ist für alle Fachrichtungen mit Ausnahme von psychologischen Psychotherapeuten und von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig sein dürfen (z. B. Labor, Radiologie, Nuklearmedizin) möglich, sofern ein Kooperationsvertrag mit einem stationären Pflegeheim geschlossen wurde und eine Abrechnungsgenehmigung seitens der KV vorliegt. Die Vergütung erfolgt außerhalb der RLV und QZV.

Die Abrechnungsfähigkeit der EBM Nrn. 37100, 37102, 37113, 37120 sind nur für die Betreuung in stationären Pflegeheimen berechnungsfähig und unterscheiden sich zur EBM Nr. 37105 hinsichtlich der zur Berechnung befugten Vertragsärzte.

37.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktischen Ärzten
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzten für Augenheilkunde
- Fachärzten für Chirurgie
- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie

- Fachärzten für Neurochirurgie
- Fachärzten für Orthopädie
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzten für Urologie
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Vertragsärzten mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsver-
einbarung Schmerztherapie

berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

2. Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin
- Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin
- Praktischen Ärzten
- Ärzten ohne Gebietsbezeichnung
- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzten für Neurologie
- Fachärzten für Nervenheilkunde
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können von Ärzten gemäß Nr. 1 und Nr. 2 dieser Präambel nur bei Patienten berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

4. Die Gebührenordnungspositionen 37305, 37306 und 37320 sind von allen Vertragsärzten berechnungsfähig, die an der Versorgung eines Patienten gemäß der Nr. 1 zum Abschnitt 37.3 beteiligt sind.

5. Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nur von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnungsfähig.

Kommentar:

Mit der Einführung des Kapitels 37 wurde ein gesetzlicher Auftrag erfüllt, wonach der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 2a Satz 13 SGBV eine Vergütungsregelung zu treffen hatte über die ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten, die den Anforderungen des § 119b SGB V entsprechen.

Die Leistungen des Kapitels 37 können nur von bestimmten Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden, die einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim, der bestimmte Voraussetzungen erfüllt (§ 119b SGB V) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

37.2 Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes können von Ärzten gemäß Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

37100

Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

125

13,53

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 37100 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.**Abrechnungsausschlüsse** im Behandlungsfall 37102, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320**Berichtspflicht:** Nein**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung**Kommentar:** Die EBM Nr. 37100 ist auch für Fachärzte berechnungsfähig.**37102****Zuschlag zu den GÖPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä** **125
13,53****Beschreibung** Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Abrechnungsausschlüsse** im Behandlungsfall 37100, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320**Berichtspflicht:** Nein**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung**Kommentar:** Die EBM Nr. 37102 ist auch für Fachärzte berechnungsfähig.**37105****Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä** **275
29,76****Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä****Obligater Leistungsinhalt**

- Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,
- Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der Regelungen zur Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und Koordination der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall**Anmerkung** Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten zu treffen.**Abrechnungsausschlüsse** im Behandlungsfall 37100, 37102, 37302, 37305, 37306, 37320**Berichtspflicht:** Nein**Aufwand in Min. Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung**Kommentar:** Die EBM Nr. 37105 ist auch für Fachärzte berechnungsfähig.

37113 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt. **106**
11,47

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 37302, 37305, 37306, 37320

Berichtspflicht: Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar: Die EBM Nr. 37113 ist auch für Fachärzte berechnungsfähig.
Mit diesem Zuschlag sollen die koordinierte Betreuung und das geringe Honorar für die Heimbefuche mehrerer Patienten entsprechend besser honoriert werden.

37120 Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV **64**
6,93

Obligatorer Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag für den Versicherten besteht

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 37120 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 37302, 37305, 37306, 37320

Berichtspflicht: Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar: Auch für die nur telefonische Konferenz der entsprechend beteiligten Ärzte ist die EBM Nr. 37120 abrechenbar.

Pflegekräfte müssen an dieser Konferenz nicht beteiligt sein. Allerdings ist die Leistung dann abrechenbar, wenn der koordinierende Hausarzt mit Pflegekräften des Heimes über bestimmte Patienten konferiert.

Wezel/Liebold gibt in seinem Kommentar einen wichtigen Hinweis: ... „Problematisch – wie bei allen ähnlich konzipierten „Konferenzleistungen“ – bleibt die Frage, wie die Inanspruchnahme durch den Patienten per Abrechnungsschein dann zu dokumentieren ist, wenn kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb des Quartals erfolgt. Im Zweifel sollte hierzu die regional zuständige Kassenärztliche Vereinigung konsultiert werden.

Üblicherweise wird der Koordinierende Arzt hierfür Überweisungsscheine für die vertragsärztlich tätigen Konferenzteilnehmer ausstellen. Dieser Aufwand erscheint jedoch im Verhältnis zum eher geringen Honorar unangemessen. Es wäre sinnvoll seitens der Bundesmantelvertragspartner, für Fallkonferenzen stets bspw. die Ausstellung eines selbst ausgestellten Überweisungsscheines i.R. des sog. „Ersatzverfahrens“ zuzulassen...

37.3 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä berechnungsfähig. Die Versorgung in der Häuslichkeit im Sinne der Leistungen dieses Abschnittes umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes nicht berührt.

3. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht berechnungsfähig, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes der behandelte Patient zeitgleich Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – mit Ausnahme der Beratungsleistung – gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs

37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

Kommentar:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin, – einerseits – und der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d. ö. R., Berlin, – andererseits – schließen als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die nachstehende **Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016** s.u.: http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf

Ambulante Palliativmedizin – Abrechnungsgenehmigungen zum download

Um die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten Bereich weiter auszubauen und die Lücke zur spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) zu verringern wird der Abschnitt 37.3 mit acht neuen Leistungen in den EBM eingeführt.

Für vier der Gebührenordnungspositionen benötigen Sie eine Genehmigung Ihrer KV auf Teilnahme und Abrechnung.

Beispielhaft finden Sie untenstehend einige Anträge u.a. der KV Hessen. https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Mitglieder/Abrechnung_und_Honorar/Alles_fuer_Ihre_Abrechnung/EBM/EBM-Aenderungen_01-10-2017/170918_Antragsformular_Palliativmedizin.pdf

und der KV Bremen

<https://www.kvhb.de/sites/default/files/antrag-palliativmedizin.pdf>

und KV Berlin

https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_pmv/antrag_pmv.pdf

Unter „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ informiert die KBV u.A.

... „Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut – Neue Leistungen im EBM

... „Die ambulante Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte wird ausgebaut. Dazu werden zum 1. Oktober mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Darauf haben sich KBV und Krankenkassen am Dienstag im Bewertungsausschuss geeinigt.

Damit können Patienten noch in diesem Jahr im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung behandelt werden. Anfang des Jahres hatten die KBV und der GKV-Spitzenverband eine entsprechende Vereinbarung als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossen.

Der Bewertungsausschuss hat nunmehr die Vergütung für die neuen Leistungen festgelegt. Dazu gehören die palliativmedizinische Ersterhebung und die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung der schwerstkranken Patienten. Auch der Zeitaufwand für längere Hausbesuche, Fallkonferenzen sowie die Erreichbarkeit des Arztes in kritischen Phasen werden vergütet. Die Honorierung erfolgt extrabudgetär.

Ärzte benötigen Abrechnungsgenehmigung

Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) vor, die ab Oktober im neuen Abschnitt 37.3 aufgeführt sind. Ärzte benötigen für die Berechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Anforderungen sind in der Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

Neue GOP für Ersterhebung und Koordination

Zu den neuen Leistungen gehört die palliativmedizinische Ersterhebung, bei der der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermittelt, zum Beispiel für eine Schmerztherapie. Die Leistung wird mit **42,42 Euro (GOP 37300: 392 Punkte)** vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Für die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise **Grundpauschale von 29,76 Euro (GOP 37302: 275 Punkte)**. Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, SAPV-Teams und Hospizen.

150 Euro für Rufbereitschaft

Die KBV konnte ferner durchsetzen, dass die **Ärzte für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten eine einmalige Vergütung von 150 Euro erhalten**. „Gerade in den letzten Tagen des Lebens kann es eine kritische Phase geben, wo es wichtig ist, dass der Patient und seine Angehörigen wissen, dass sie im Notfall auch nachts oder am Wochenende ihren Arzt konsultieren können“, erläuterte der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister.

Die Zeiten, wann der Arzt erreichbar ist, stimmt er mit den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegekräften ab. **Die Abrechnung erfolgt über die GOP 37317 (1.425 Punkte).**

Längere Telefonate mit dem Pflegepersonal, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen außerhalb der Sprechstundenzeiten werden ebenfalls vergütet (GOP 37318: 213 Punkte / 23,05 Euro).

Zuschlag zu Hausbesuchen

Erfolgt die palliativmedizinische Betreuung des Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz können Ärzte **Zuschläge zu den Hausbesuchen von jeweils 13,42 Euro (124 Punkte) berechnen. Die Vergütung (GOP 37305) erfolgt als Zuschlag zum Besuch (GOP 01410) oder Mitbesuch (GOP 01413) und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig.**

Der Zuschlag kann bis zu sechsmal am Behandlungstag, also für Besuche von bis zu 1,5 Stunden berechnet werden. **Im Falle von dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412 und 014110) ist zukünftig der neue Zuschlag (GOP 37306: 124 Punkte/13,42 Euro) je Besuch ansetzbar.**

Die **Zuschläge zu den Besuchen sowie Fallkonferenzen (GOP 37320, 64 Punkte / 6,93 Euro) können alle an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Ärzte abrechnen. Eine Genehmigung der KV ist dafür nicht erforderlich.**

Pauschale für Konsiliarärzte

Ein weiterer Bestandteil des neuen EBM-Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. **Konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin können diese GOP abrechnen (GOP 37314: 106 Punkte / 11,47 Euro), wenn sie von einem palliativmedizinisch betreuenden Haus- oder Facharzt wegen einer speziellen Fragestellung zu Rate gezogen werden, aber nicht den Patienten visitieren.**

Extrabudgetäre Vergütung

Die GOP des Abschnitts 37.3 werden extrabudgetär zu festen Preisen vergütet; zunächst für zwei Jahre. Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.

Bestehende Regelungen bleiben unberührt

Von der Vereinbarung (Anlage 30 zum BMV-Ä) bleiben bestehende regionale Regelungen zur Palliativversorgung unberührt. Auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln können weiter abgerechnet werden – allerdings bestehen entsprechende Berechnungsausschlüsse zu den neuen GOP.

Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz hatten KBV und Krankenkassen den Auftrag erhalten, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung festzulegen. Ziel ist es, die Übergänge zwischen kurativer Behandlung und palliativmedizinischer Versorgung sowie SAPV fließend zu gestalten. Zudem soll die Palliativversorgung flächendeckend etabliert werden.

37300

Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä

392

42,42

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Untersuchung des körperlichen und
- psychischen Zustandes des Patienten,
- Ersterhebung der individuellen palliativen Bedarfe des Patienten im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindestens 5 Bereichen,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen
 - Therapieplanes
 - und/oder
 - qualifizierten Schmerztherapieplanes
 - und
 - Notfallplanes (z. B. nach „P A L M A“)
 in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- ggf. weitere, notwendige Verlaufserhebungen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 37300 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 03370, 04370

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar:

Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:

Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf mit folgende Inhalten:

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

§ 2 Patienten

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3 Versorgungsauftrag

§ 4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

§ 5 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

Abschnitt III – Teilnahmeverfahren

§ 6 Teilnehmende

§ 7 Anerkennung

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 8 Qualitätssicherung § 9 Evaluation der Vereinbarung

Abschnitt V – Ergänzende Bestimmungen

§ 10 Inkrafttreten und Kündigung

Anlage 1 Fachliche Anforderungen zur qualifizierten und koordinierten Palliativversorgung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V Anlage 2 Protokollnotiz

37302

Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä

275
29,76

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, – Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Koordination der palliativmedizinischen und
- pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),
- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung,

- Konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Vertragsarzt und/oder einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 37302 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 03371, 04371, 37.2

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:

Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf – Inhalte siehe unter **EBM Nr. 37300**

37305

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit

124
13,42

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

Abrechnungsbestimmung je vollendete 15 Minuten

Anmerkung

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 37305 beträgt am Behandlungstag 744 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 37305 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04371 bis 04373, 37306 und 37314 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 37.2

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 15 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:

Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf – Inhalte siehe unter EBM Nr. 37300

37306

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit

124
13,42

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Symptomkontrolle),

Abrechnungsbestimmung je Besuch

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04371 bis 04373, 37305 und 37314 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 37.2

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** keine Eignung

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:

Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf –

Inhalte siehe unter EBM Nr. 37300

37314

Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä,

106**11,47**

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37314 nicht berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 37305, 37306

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** keine Eignung

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:

Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf –

Inhalte siehe unter EBM Nr. 37300

37317

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen

1425**154,22****Obligatorer Leistungsinhalt**

- Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für den Patienten und/oder die Angehörigen und/oder die Pflegekräfte und/oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einer Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie-, und/oder Notfallplanplans zu beheben sind,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten in kritischen Phasen,

Abrechnungsbestimmung einmal im Krankheitsfall

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** Keine Eignung

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:
Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf –
 Inhalte siehe unter EBM Nr. 37300

37318 Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. **213**
23,05

Obligatorer Leistungsinhalt

- Telefonischer Kontakt des Arztes mit
 - dem Pflegepersonal
 - oder
 - dem ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - oder
 - den Angehörigen des Patienten
 - oder
 - dem Krankenhaus,

Abrechnungsbestimmung je Telefonat

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist höchstens siebenmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist entgegen der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im Behandlungsfall auch neben Versicherten- und/oder Grundpauschalen berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** 5 **Eignung d Prüfzeit:** Tages- und Quartalsprofil

Kommentar: Die Regelungen des Abschnitts 37.3 und deren Leistungen basieren auf Anlage 30 BMV-Ä siehe unter:
Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016 http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf –
 Inhalte siehe unter EBM Nr. 37300

37320 Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä **64**
6,93

Obligatorer Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall 30706, 37.2

Berichtspflicht Nein

Aufwand in Min. **Kalkulationszeit:** KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung d Prüfzeit:** Keine Eignung

38 Delegationsfähige Leistungen

Das **Kapitel 38 Delegationsfähige Leistungen** wurde zusammen mit den Kapitel 37 zum 1.7.2016 aufgenommen:

... „**Weitere Nichtärztlicher Praxis-Assistenten (NäPA) – EBM Nrn.**

Das neue EBM-Kapitel 38 erweitert die Abrechenbarkeit von Einsätzen speziell weitergebildeter Nicht-ärztlicher Praxis-Assistenten (NäPA) auf Fachärzte, jedenfalls insofern die Assistentinnen Heimbewohner aufsuchen. Außerdem werden jegliche Patientenbesuche von beauftragten Mitarbeitern, um delegierte Leistungen zu erbringen, höher als bisher vergütet. Im Detail:

Die neue EBM Nr. 38100 ersetzt die bisherige **EBM Nr. 40240** (Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter). Wie bisher schon ist auch unter der neuen EBM Nr. 38100 die Abrechnung der beiden NäPA-Besuchsziffern 03062 und 03063 am selben Behandlungstag ausgeschlossen. Mit **76 Punkten – und demnach aktuell über acht Euro** – ist der Patientenbesuch durch Praxis-Mitarbeiter künftig deutlich besser bewertet.

Die EBM Nr. 38105 ersetzt die bisherige **EBM Nr. 40260**. Sie steht künftig für den Mitbesuch eines weiteren Patienten durch einen beauftragten Mitarbeiter in zeitlich unmittelbarem Zusammenhang zum Erstbesuch nach **38100**. Die **EBM Nr. 38105** bringt mit **39 Punkten etwas über vier Euro**.

EBM Nr. 38200: Handelt es sich bei den beauftragten Mitarbeitern im Rahmen der Besuchsziffern **38100** und **38105** um NäPA und bei den Patienten um Bewohner von Alten- oder Pflegeheimen – „oder anderen beschützenden Einrichtungen“ –, dann sind dafür künftig zwei Zuschläge möglich. Zum einen die **EBM Nr. 38200** als Zuschlag für den Erstbesuch nach **38100**.

Und zum Zweiten die EBM Nr. 38205 als Zuschlag für den Mitbesuch nach **38105, (83 Punkte)**. Diese beiden zuletzt genannten Zuschläge sollen extrabudgetär vergütet werden, heißt es. Außerdem können sie nur in Verbindung mit der Versichertenpauschale oder der fachärztlichen Grundpauschale angesetzt werden...

Die Voraussetzungen zur Abrechnung der Gebührenpositionen des neuen Kapitels 38 sind weit gefasst. Die beiden Besuchsziffern **38100** und **38105** dürfen von allen Vertragsärzten abgerechnet werden. Die NäPA-Zuschläge allerdings sind beim Heimbesuch auf Hausärzte sowie eine Reihe von Fachärzten eingegrenzt.

Kommentar:

Die KBV informiert (http://www.kbv.de/html/1150_23357.php) u.a. zu diesem neuen Bereich:

... „30.06.2016 – Die Delegation von ärztlichen Leistungen wird stärker gefördert. Ab 1. Juli gibt es dazu im EBM ein eigenes Kapitel. Dann erhalten auch Fachärzte Zuschläge auf Besuche, die von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Pflegeheimen durchgeführt werden...

Die Ausdehnung der Förderung qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten vom hausärztlichen auf den fachärztlichen Bereich ist Teil des Beschlusses, den der Bewertungsausschuss in der vergangenen Woche gefasst hat. Er sieht vor, dass Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen Patientenbesuche in Pflegeheimen an qualifizierte Mitarbeiter delegieren können und dies vergütet bekommen.

Dazu wurde das neue EBM-Kapitel 38 (Delegierbare Leistungen) mit insgesamt vier neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) aufgenommen, davon zwei Qualifikationszuschläge für nichtärztliche Praxisassistenten.

Vergütung des Besuchs wie bei Hausärzten

Der Besuch eines Patienten durch einen Praxisassistenten ist mit insgesamt 166 Punkten bewertet, der Mitbesuch mit insgesamt 122 Punkten. Fachärzte bekommen damit die gleiche Vergütung wie Hausärzte, die seit Anfang 2015 von einer solchen Förderung profitieren können. Der Einsatz des Assistenten beim Facharzt ist allerdings auf Pflegeheime beschränkt, Besuche außerhalb des Pflegeheims werden nicht zusätzlich finanziert.

Praxen, die die neuen Leistungen abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei müssen sie erklären, dass sie einen Assistenten mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigen und dieser über die geforderte Qualifikation und Erfahrung verfügt (siehe Kasten unten).

Höhere Kostenpauschalen für Besuche

Das neue EBM-Kapitel 38 enthält auch die bisherigen Kostenpauschalen 40240 (neu: GOP 38100) und 40260 (neu: GOP 38105) für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern. Mit etwas über acht Euro wird der Besuch eines Patienten durch Praxismitarbeiter ab Juli deutlich besser bewertet als bisher. Mehr Geld gibt es auch für den Mitbesuch durch einen beauftragten Mitarbeiter.

Weitere Informationen zum Thema (<http://www.kbv.de/html/12491.php>) gibt die KBV u.a.:

...EBM-Leistungen für nichtärztliche Praxisassistenten

VERAH, EVA oder MoPra – schon heute unterstützen nichtärztliche Praxisassistenten Hausärzte vor allem in unterversorgten Regionen. Seit 1. Januar 2015 ist das bundesweit möglich. Die KBV hat mit den Krankenkassen vereinbart, dass künftig jede größere Hausarztpraxis nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen kann und eine Vergütung für die nötigen Strukturen erhält. Welche Kriterien die Ärzte erfüllen müssen, wie die Vergütung geregelt ist und welche Ausbildung der Praxisassistent vorweisen muss, stellen wir Ihnen vor.

Die Details im Überblick

Hausärzte, die einen nichtärztlichen Praxisassistenten beschäftigen, erhalten eine Förderung von bis zu 1.320 Euro im Quartal. Außerdem werden die Hausbesuche durch diesen Mitarbeiter vergütet. Die Ärzte benötigen für die Abrechnung eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die Praxisassistenten eine Zusatzausbildung.

- Voraussetzungen: Wer Praxisassistenten beschäftigen kann
- Vergütung und Abrechnung
- Aufgaben und Ausbildung des Praxisassistenten...

38.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 können von allen Vertragsärzten – soweit dies berufsrechtlich zulässig ist – berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
 - Praktischen Ärzten (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Augenheilkunde,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
 - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Urologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin
 berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Bestimmungen und unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nichtärztlichen Mitarbeiters gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
4. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur in Fällen berechnet werden, in denen eine Versichertenpauschale oder Grundpauschale berechnet wurde.

Kommentar:

Die EBM Nrn. zur Honorierung von an nichtärztliche Praxismitarbeiter delegierte vertragsärztliche Leistungen in Pflegeeinrichtungen wurden zum 1.7.2016 im neuen Kapitel 38 (das in zwei Abschnitte aufgeteilt ist) im EBM eingeführt

Die Vergütung unterscheidet sich durch die Qualifikationsvoraussetzungen des Praxispersonals und werden extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung in voller Höhe vergütet.

In das neue EBM-Kapitel 38 wurden auch die bisherigen Kosten-pauschalen (für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von nicht speziell qualifizierten Praxismitarbeitern) mit jetzt neuen EBM Ziffern aufgenommen:

Alte EBM Nr.	Neue EBM Nr.
40240	38100
40260	38105

Das Honorar für Mitbesuche durch einen beauftragten Mitarbeiter wurde erhöht.

- EBM Nr. 38100 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
- EBM Nr. 38105 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
- EBM Nr. 38200 Einzelleistung
- EBM Nr. 38205 Einzelleistung

Fachärzte der genannten Fachrichtungen können Patientenbesuche in Pflegeheimen an qualifizierte Mitarbeiter delegieren. Sie erhalten dies auch vergütet. Diese Regelung gilt auch für Hausarztpraxen, welche die erforderliche Fallzahl der hausärztlichen NÄPa-Regelung (NÄPa = nichtärztliche Praxisassistenten) nicht erfüllen.

Diese Ärzte bekommen damit die gleiche Vergütung wie Hausärzte, die seit Anfang 2015 von einer solchen Förderung profitieren können. Der Einsatz des Assistenten beim Facharzt ist allerdings auf Pflegeheime beschränkt, Besuche außerhalb des Pflegeheims werden nicht zusätzlich finanziert.

Praxen, die die neuen EBM- Nrn. 38200 bzw. 38205 abrechnen wollen, müssen die entsprechend Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung – http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf) qualifizierte nichtärztliche Assistentin mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigen.

38.2 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Anstellung eines/ von nichtärztlichen Mitarbeitern mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.

38100 Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter

76
8,23

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 38100 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38100 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse Leistungen

am Behandlungstag 03062, 03063, 38105

Berichtspflicht: Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

38105

Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter

39
4,22

Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition 38100,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 38105 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38105 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38105 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse Leistungen

am Behandlungstag 03062, 03063, 38100

Berichtspflicht: Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

38.3 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nichtärztlichen Praxisassistenten mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde und diese(r) über folgende Qualifikationen verfügt:

- eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1,
- eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),
- Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1. Bis zum 31. Dezember 2016 kann die Genehmigung auch dann erteilt werden, wenn nachgewiesen wird, dass 10 Hausbesuche begleitet worden sind.

Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen. Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

Kommentar:

Bei den Leistungen des Kapitels 38 wird hinsichtlich der Kompetenz und Qualifikation der nichtärztlichen Leistungserbringer differenziert. Seit Juli 2017 gibt es im Kapitel 38 die EBM Nrn. 38202 und 38207 für bestimmte fachärztlich tätigen Vertragsärzten als von Zuschlägen zu den EBM Nrn. 3800 und 38105 für das Aufsuchen eines Patienten bzw. eines weiteren Patienten in der Häuslichkeit – aber

nicht in Pflegeheimen - durch nichtärztliche Praxisassistenten. Die zuvor geltende Regelung galt nur für Besuche in Pflegeeinrichtungen.

38200 Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen **90**
9,74

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
 - Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
 - Alten- oder Pflegeheimen
- und/oder

- anderen beschützenden Einrichtungen,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Berichtspflicht:** Nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

38202 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten **90**
9,74

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 38200, 38205

Berichtspflicht Nein

38205 Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen **83**
8,98

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
 - Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
 - Alten- oder Pflegeheimen
- und/oder

- anderen beschützenden Einrichtungen,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Berichtspflicht:** nein

Aufwand in Min.

Kalkulationszeit: KA **Prüfzeit:** ./ **Eignung der Prüfzeit:** Keine Eignung

38207

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit

83
8,98**Obligater Leistungsinhalt**

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit / in derselben sozialen Gemeinschaft,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung je Sitzung**Abrechnungsausschluss**

in derselben Sitzung 38200, 38205

Berichtspflicht Nein

V Kostenpauschalen

40 Kostenpauschalen

40.1 Präambel

1. Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können im Zusammenhang mit ihren Leistungen folgende Kostenpauschalen dieses Kapitels abrechnen: Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126, 40142 und 40144.

2. Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts II-1.7.3 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind nur die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40100, 40850, 40852, 40854 und 40855 berechnungsfähig.

3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen 40300, 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.6, 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.16 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für Kosten nach Nr. 7 des Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

Kommentar:

Die Abrechnungsmöglichkeit von Kosten neben dem Mammographie-Screening wurden gegenüber dem früheren EBM um die Nrn. 40100, 40854 und 40855 erweitert.

40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien

1. Die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 ist nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig. Wird die Auftragsleistung von dem annehmenden Arzt ganz oder teilweise zur Durchführung an einen anderen Arzt weiterüberwiesen, ist die Nr. 40100 in demselben Behandlungsfall für die Weitergabe weder vom weitergebenden noch vom annehmenden Arzt berechnungsfähig.

2. Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.

Kommentar:

Hier gibt es gegenüber dem früheren EBM keine Veränderungen.

Auf einen Blick: Versandpauschalen (Stand der EBM-Daten 01.01.2015)

EBM Nr.	Legende der Pauschale	Kosten in Euro	Zusätzlich nicht abrechenbar
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	2,60	40120 – 40126
40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	5,10	
40106	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern	1,50	

EBM Nr.	Legende der Pauschale	Kosten in Euro	Zusätzlich nicht abrechenbar
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	0,55	40100, 40104, 40106
40122	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	0,90	
40124	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)	1,45	
40126	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)	2,20	

Hinweis: Wegen der Erhöhung einzelner Postgebühren wird sicher noch eine rückwirkende Anpassung der EBM-Versandpauschalen zum 1.1.2015 erfolgt – dies sicher in den nächsten Wochen.

40100 2,60

Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der

- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleitungen des Kapitels IV-32,
- Histologie,
- Zytologie,
- Zytogenetik und Molekulargenetik,

Abrechnungsbestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkung Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenpositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Die Leistung umfasst die Kosten für das Versandmaterial, für den Transport des Materials zum untersuchenden/auswertenden Arzt sowie die Kosten für die Befundmitteilung durch den auswertenden Arzt zurück zum einsendenden Arzt.

Abgerechnet werden kann diese Leistung von den auswertenden Ärzten nur, wenn sie ihren Einsendern das Versandmaterial frankiert zur Verfügung stellen oder die Kosten ersetzen.. Der Einsender kann keine Portokosten nach den Nrn. 40120 ff. abrechnen.

Die Versandkosten für die Versendung infektiösen Untersuchungsmaterials muss – nach Kommentar von **Wezel/Liebold** – der Laborarzt, der untersucht, dem Arzt, der einsendet, erstatten.

40104 5,10

Kostenpauschale für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren,

Abrechnungsbestimmung je Versand

Anmerkung Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigrammen ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Die Kostenpauschale gilt je Versand. Wird das Versandmaterial für die Rücksendung an den Radiologen benutzt, kann der rücksendende Arzt nur das Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen, nicht aber die Leistung nach Nrn. 40104 oder 40106.

40106 1,50

Kostenpauschale für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern,

Abrechnungsbestimmung je Versand

Anmerkung Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Die Kostenpauschale gilt je Versand. Wird das Versandmaterial für die Rücksendung an den Radiologen benutzt, kann der rücksendende Arzt nur das Porto nach Nrn. 40120 ff. berechnen, nicht aber die Leistung nach Nrn. 40104 oder 40106.

40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

1. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 sind nicht für das Versenden eines elektronischen Briefes berechnungsfähig.

40120 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z.B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax **0,55**

Anmerkung Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Für die Versendung ärztlicher Berichte nach Nr. 01600 über das Ergebnis der Patientenuntersuchung kann keine Portopauschale angesetzt werden.

Bei erforderlichem Päckchen oder Paketversand sind die wirklich entstandenen Kosten abzurechnen.

40122 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g und/oder digitalen Befunddatenträgern (z.B. im Postdienst Kompaktbrief) **0,90**

Anmerkung Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Für die Versendung ärztlicher Berichte nach Nr. 01600 über das Ergebnis der Patientenuntersuchung kann keine Portopauschale angesetzt werden.

Bei erforderlichem Päckchen oder Paketversand sind die wirklich entstandenen Kosten abzurechnen.

40124 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g (z.B. im Postdienst Großbrief) **1,45**

Anmerkung Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Für die Versendung ärztlicher Berichte nach Nr. 01600 über das Ergebnis der Patientenuntersuchung kann keine Portopauschale angesetzt werden.

Bei erforderlichem Päckchen oder Paketversand sind die wirklich entstandenen Kosten abzurechnen.

40126 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g (z.B. im Postdienst Maxibrief) **2,20**

Anmerkung Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Für die Versendung ärztlicher Berichte nach Nr. 01600 über das Ergebnis der Patientenuntersuchung kann keine Portopauschale angesetzt werden.

Bei erforderlichem Päckchen oder Paketversand sind die wirklich entstandenen Kosten abzurechnen.

40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter

40142 Kostenpauschale für Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01620, 01621 oder 01622, bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, **1,50**

Abrechnungsbestimmung je Seite

GOÄ entsprechend oder ähnlich: 95 (Schreibgebühren), 96 (Schreibgebühren je Kopie)

Kommentar: Schreibgebühren können nur angesetzt werden, wenn auf Verlangen der Kasse oder eines Kostenträgers, der nach EBM abrechnet, eine Auskunft gemäß EBM-Nrn. 01620, 01621 oder 01622 gefordert ist und kein Vordruck verwendet wird.

40144 Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses, **0,13**

Abrechnungsbestimmung je Seite

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ, für E-Mail, Fax- oder Telefonkosten einsetzen.

Kommentar: Diese Leistung kann nicht für Kopien von Patientenbefunden für Unfall- oder Rentenversicherungsträger, Gesundheitsämter, Sozialbehörden oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen angesetzt werden.

Die Leistung gilt nur für Kopien eigener oder Fremdbefunde.

40152 Kostenpauschale für ein ausgegebenes Testbriefchen für den Nachweis von Albumin im Stuhl, wenn die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32041 nicht erbracht werden konnte **1,50**

Anmerkung Die Gebührenordnungsposition Nr. 40152 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32041 berechnungsfähig.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Müssen ein zweites Mal Testbriefe ausgegeben werden, kann die Nr. 40152 zusätzlich zur Nr. 32041 abgerechnet werden.

40154 Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den Bezug des 13C-Harnstoffs gemäß Nr. I-7 der Allgemeinen Bestimmungen **25,60**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Nicht abrechenbar ist diese Leistung in einigen KV-Bezirken, die den Materialbezug in die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung aufgenommen haben. Informieren Sie sich bei Ihrer KV.

40156 Kostenpauschale bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01906 für den Bezug von Mifepriston **89,25**

Anmerkung Der Bezug von Mifepriston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40160 Kostenpauschale bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 13401, 13421 oder 13422 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalsklerosierungsnadel(n) **15,00**

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

- 40161** Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische(n) Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter **45,00**

40.6 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

1. Die einzeitige Mehrgefäßdilataion am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.
2. Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen wie z.B. der Rotablation, der Laseratherektomie oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen nach den Nrn. I-7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 40300, 40302 und 40304 nicht berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Regelung in Nr. 1 war bereits früher gültig. Hinzugekommen die Nr. 2, in der klargestellt wird, dass die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen entstehenden Sachkosten nach Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnet werden können. Die Nrn. 40300, 40302 und 40304 können dafür nicht abgerechnet werden.

- 40300** Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 **181,50**

Anmerkung Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. I-7 finden keine Anwendung.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

- 40301** Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298 **660**

Anmerkung: Die Kostenpauschale nach der Nr. 40301 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Berichtspflicht Nein

- 40302** Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 **1058,40**

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

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

- 40304** Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 **690,20**

Anmerkung Die Kostenpauschale nach der Nr. 40304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. I-7 finden keine Anwendung.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

Kommentar: Die Kostenpauschale 40304 deckt **alle Kosten der PTCA in einer Sitzung an einem Gefäß** ab. Nach Wezel/Liebold gelten als ein Gefäß:

- art. coronaria dextra
- art. coronaria sinistra
- Ramus interventricularis anterior
- Bypass

40306	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	2,50

Anmerkung Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der Qesü-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.

- Kommentar:**
1. Die Rechnungslegung der Gebührenordnungsposition 40306 erfolgt im Formblatt 3b in der Kontenart 400 (Ärztliche Behandlung) auf der Ebene 6.
 2. Die Aufnahme der Sachkostenpauschale nach der Nr. 40306 stellt kein Präjudiz für zukünftige Regelungen im Rahmen weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung dar

40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe

40454	Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips,	320,00

Abrechnungsbestimmung je Seite

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40455	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für die Verwendung von Markierungsclips,	100,00

Abrechnungsbestimmung je Seite

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide

1. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Kostenpauschalen können ausschließlich von
 - Fachärzten für Nuklearmedizin,
 - Fachärzten für Strahlentherapie (ausschließlich die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40542, 40544, 40546, 40562, 40580 und 40582)
 und
 - Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden
2. Zu jeder Grundleistung im Abschnitt III.b-17.3 ist nur ein Radiopharmakon dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. In den Kostenpauschalen – mit Ausnahme der Kostenpauschale 40582 – sind nicht nur die Kosten der jeweiligen Produkte sondern auch die Kosten, die im Rahmen der Beschaffung und Lagerung der Produkte sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, berücksichtigt.

Kommentar:

Wichtig ist, dass auch die Kosten für Abfallbeseitigung und Entsorgung in den Pauschalen des Abschnitts 40.10 enthalten sind.

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Für alle Radionuklide gilt: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40500	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17320 bei Verwendung von 99mTc-Per technetat (Schilddrüse)	1,50

40502	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von 99mTc-Phosphonaten(Knochen/Skelett)	19,00

40504	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 99mTc-Makroaggregaten(Lunge)	29,00
40506	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 99mTc-Aerosol(Lunge)	133,00
40508	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 99mTc-HMPAO, 99mTc-ECD(Hirn)	205,00
40510	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17340 bei Verwendung von 99mTc-DMSA, 99mTc-DTPA(Niere)	40,00
40512	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 99mTc-DTPA (Hirn)	40,00
40514	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von 99mTc-MAG3(Niere)	92,00
40516	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17351 bei Verwendung von 99mTc-Kolloid(Leber)	42,00
40518	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von 99mTc-IDA-Verbindungen(Galle)	42,00
40520	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17330, 17331 und 17310 bei Verwendung von 99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	76,00
40522	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17332, 17333 und 17350 bei Verwendung von 99mTc-markierten Eigenerthyrozyten(Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)	60,00
40524	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von 99mTc-markierten Liganden(Tumorlokalisierung)	375,00
40526	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 oder 17350 bei Verwendung von 99mTc-markierten Antikörpern(Knochenmark, Entzündungslokalisierung)	382,00
40528	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von 99mTc-markierten Mikro-/Nanokolloiden(Lymphknotendiagnostik)	70,00
40530	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung einer 99mTc-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)	40,00
40532	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17330 oder 17331 bei Verwendung von 201-Tl-Cl(Myokard)	70,00
40534	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 123-I(Schilddrüse)	95,00

40536	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 123-J MIBG(chromaffine Tumoren/Nebennierenmark)	350,00
40538	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 123-J-FP-CIT(M. Parkinson)	830,00
40540	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17321 bei Verwendung von 131-J(Schilddrüse)	10,00
40542	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17370 bei Verwendung von 131-J (Therapie, benigne)	45,00
40544	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17370 bei Verwendung von 131-J (Therapie, maligne)	230,00
40546	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von 131-J MIBG	1784,00
40548	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von 111-In Oxinat (Zellmarkierung)	140,00
40550	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von 111-In-Okteotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)	766,00
40552	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von 111-In DTPA	304,70
40554	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von 75-Se-SeHCAT(Gallensäuren)	174,40
40556	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von 90-Yttrium-Colloid (Radiosynoviorthese)	100,00
40558	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von 186-Rhenium-Colloid (Radiosynoviorthese)	125,00
40560	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17371 bei Verwendung von 169-Erbium-Colloid(Radiosynoviorthese)	95,00
40562	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 zur Therapie von Knochenmetastasen mit Radioisotopen	1355,00
40564	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von 51-Cr-EDTA(Niere)	145,00
40566	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 und 17311 bei Verwendung von 67-Ga-Citrat(Entzündungsszintigraphie)	276,00

EBM-Nr.

EBM-Punkte / Euro

- 40568** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von 123-J-Hippuran(Niere) **143,00**
- 40570** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von 111-In Chlorid(Zell-/Protein-/Antikörpermarkierung) **350,00**
- 40574** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von 57-Co-Cyancobolamin (Vitamin B 12 Resorption) **50,00**
- 40576** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von radioaktiven Gasen(Lunge) **350,00**
- 40578** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von Fe-59-Citrat / 51-Chromat(hämatologische Untersuchung) **425,00**
- 40580** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25331, 25332 oder 25333 bei Verwendung von 192-Iridium **320,00**
- 40582** Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen **65,00**
Abrechnungsbestimmung je Injektion
Anmerkung In der Kostenpauschale 40582 sind die Kosten für Radium-223-dichlorid nicht enthalten.
 Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).
- 40584** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 bei Verwendung von 18F-Fluorodesoxyglukose **255,00**
 In der Kostenpauschale 40 584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.

40.11 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophtalmologische Eingriffe

- 40680** Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 **513,00**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen

- 40750** Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopen) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142 **122,00**
 GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40752 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **200,00** endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40754 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **333,00** endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147

GOÄ entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ

40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

1. Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (d. h. mindestens 3 Hämodialysentage bzw. IPD-Dialysentage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysentagen als CAPD bzw. CCPD) durchgeführt werden.

2. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824.

3. Die Preise für die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 werden nach der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal in vier Preisstufen differenziert.

1. Bis zur 650. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 mit den Preisen der Preisstufe 1 vergütet. Von der 651. bis zur 1300. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 2. Von der 1301. bis zur 1950. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Preisstufe 3. Ab der 1951. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden diese Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 4 vergütet

2. Ein Beispiel: Eine Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte rechnet 1400 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40823 und 600 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824 ab. Für die Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ergeben sich somit 1600 Dialysewochen. Im Ergebnis werden der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte von den 1600 Dialysewochen 650 mit dem Preis der Preisstufe 1, weitere 650 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 2 und 300 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 3 vergütet

3. Die Unterscheidung der erbrachten Dialysewochen im abgerechneten Quartal nach dem Ort der Erbringung (Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) setzt voraus, dass Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte(n) sich nicht in derselben Örtlichkeit (zum Beispiel im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex) befinden. Andernfalls werden die in Betriebs- und Nebenbetriebsstätte(n) einer Praxis erbrachten Dialysewochen so zusammengefasst, als wenn sie in einer Betriebsstätte/einem Ort erbracht worden wären. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.

4. Ein Abschlag auf die Kostenpauschalen 40823 und 40824 erfolgt nicht, wenn die betreffenden Dialyseeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass die zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM erforderliche apparative Ausstattung (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung) ausschließlich von dieser Dialysepraxis genutzt wird.

4. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialyseggerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen, Sprechstundenbedarf sowie die Kosten der Beköstigung des Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Dialyseart für die Zeit der Dialysebehandlung. Weiterhin ist im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung die Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten sicherzustellen. Zur Erstattung kann mit dem Dialysepatienten eine Pauschale vereinbart werden. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten nicht die Kosten für

Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7 finden keine Anwendung.

5. Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

6. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, können diese Vereinbarungen fortgeführt werden

Kommentar:

zu 1.

Hier gab es gegenüber dem früheren EBM eine Veränderung dahingehend, dass die Kalenderwoche für Hämodialyse bzw. IPD-Dialyse so definiert wird, dass sie mindestens 3 Dialysetage umfassen muss. Bisher waren es „2 von 3“ Tagen.

zu 6.

Diese sehr differenzierten Bestimmungen hinsichtlich der Berechnung der Dialysesachkosten sind dem Umstand geschuldet, dass der größte Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Dialysebehandlungen auf die Kosten entfällt.

40815	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse	627,00
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, Abrechnungsbestimmung je Behandlungswoche Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40817, 40819	830,00
40817	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40816	118,60
40818	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse	658,40
40819	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40816	124,50
GOÄ	entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ	

- 40823** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung,
Abrechnungsbestimmung je Behandlungswoche
Anmerkung Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 485,80 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 466,30 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 417,50 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 398,00 Euro
Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40824, 40825, 40826, 40827, 40828
- 40824** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können,
Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche
Anmerkung Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40824 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 161,90 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 155,40 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 139,20 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 132,70 Euro
Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40823, 40825
- 40825** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen (z.B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, **505,40**
Abrechnungsbestimmung je Behandlungswoche
Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40823, 40824, 40826, 40827, 40828
- 40826** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen als CAPD bzw. CCPD, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen **72,20**
Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40823, 40825
- 40827** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von intermittierenden Peritonealdialysen (IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, **168,50**
Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche
Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40823, 40825

EBM-Nr.

EBM-Punkte / Euro

40828	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche Abrechnungsausschluss je Behandlungswoche 40823, 40825	174,70
40829	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	10,00
40830	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	3,30
40831	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	20,00
40832	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	6,70
40833	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	30,00
40834	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	10,00
40835	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)	90,00
Kommentar: Der Preis ist zum 1.1.2018 deutlich erhöht worden		
40836	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard), Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	30,00
Kommentar: Der Preis ist zum 1.1.2018 deutlich erhöht worden		
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)	300,00
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40818, 40819, 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) Abrechnungsbestimmung je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	100,00

40.15 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie

- 40840** Kostenpauschale für individuell angepasste Ausblendungen, ggf. mittels Multi-Leaf-Kollimator-Technik, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen ggf. einschl. Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25320 oder 25321 **140,00**
- Abrechnungsbestimmung** je Bestrahlungsfeld, je Zielvolumen
- Anmerkung** Die Kostenpauschale nach der Nr. 40840 ist bei Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen je Zielvolumen höchstens zweimal, insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens sechsmal berechnungsfähig.
- Die Kostenpauschale nach der Nr. 40840 ist bei Bestrahlung unter Verwendung von 2-D-Technik je Zielvolumen höchstens viermal, bei Bestrahlung unter Verwendung von 3-D-Technik je Zielvolumen höchstens achtmal, insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.
- 40841** Kostenpauschale für individuell angepasste Ausblendungen, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen ggf. einschl. Sachkosten für Verifikations- und Dokumentationsleistungen im Rahmen der Bestrahlungsfelddokumentation im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 25310 **30,00**
- Abrechnungsbestimmung** je Bestrahlungsfeld, je Zielvolumen

40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Mammographie-Screening-Programm)

- 40850** Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01750 **0,51**
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Berechnung der ggf. entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ
- 40852** Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752, 01756 und 01758 oder Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien **5,85**
- Anmerkung** Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen oder Filmfolien ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40852 nicht berechnungsfähig.
- GOÄ** Berechnung der ggf. entstandenen Kosten nach §10 Abs.1 GOÄ
- 40854** Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01759 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40855 enthaltenen Markierungsclips **320,00**
- Abrechnungsbestimmung** je Seite
- GOÄ** entsprechend oder ähnlich: Berechnung der entstandenen Kosten nach § 10 Abs.1 GOÄ
- 40855** Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für die Verwendung von Markierungsclips **100,00**
- Abrechnungsbestimmung** je Seite

VI Anhänge

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

Wichtig: Die stets aktuelle Tabelle finden Sie unter den Anhängen auf den KBV-Seiten: www.kbv.de/html/online-ebm.php

1. Die im Anhang 1 aufgeführten Leistungen sind – sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind – Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.

2. In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten VP = Versichertenpauschale, GP = Grund- / Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen verwiesen.

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)	x	x	x
	Absaugung körpereigener Flüssigkeiten	x	x	x
	Abschabung der Hornhaut des Auges		x	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	x	x	
	Aderlass	x	x	
	Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Anästhesie eines peripheren Nerven	x	x	x
	Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes	x	x	x
	Anlegen einer Bluteleere oder Blutsperrung an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff			x
	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	x	x	
	Anlegen einer Hilfsschiene am unverletzten Kiefer bei Kieferfrakturen oder Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen der Kiefergelenke		x	
	Anlegen eines Portioadapters		x	x
	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen, Drahtbügeln oder dergleichen			x
	Ansteigendes Teilbad	x	x	
	Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung	x	x	
	Anus praeter-Bougierung	x	x	
	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2)			x
	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(k)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test)			x
	Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Applikation von bronchokonstriktorisch wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen)			x
	Assistenz durch einen Arzt, der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen		x	x
	Ätzung im Enddarmbereich	x	x	
	Ätzung im Kehlkopf		x	
	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports	x	x	
	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang		x	
	Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge		x	
	Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"			x

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch	x	x	x
	Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten		x	x
	Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes			x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	
	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes			x
	Beratung der Bezugsperson(en)	x	x	x
	Beratung, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	x	x	x
	Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten	x	x	
	Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time"		x	
	Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen			x
	Bestimmung des Reflexdecay			x
	Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)			x
	Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung			x
	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle		x	
	Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung			x
	Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung			x
	Blutentnahme durch Venenpunktion	x	x	
	Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Chemische Ätzung der Hornhaut		x	
	Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen	x	x	
	Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation	x	x	
	Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase			x
	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege		x	x
	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage)			x
	Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien		x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode)		x	
	Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigeminusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten	x	x	
	Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmpfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	x	x	x
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata	x	x	x

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	x	x	
	Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße		x	
	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	x	x	
	Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors		x	
	Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung			x
	Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß			x
	Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastro- skopie			x
	Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung		x	x
	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums			x
	Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körper- höhle	x	x	x
	Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonder- ten Zugang			x
	Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung			x
	Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen	x	x	x
	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum			x
	Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie			x
	Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel			x
	Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter	x	x	
	Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf		x	
	Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation			x
	Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie)			x
	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang			x
	Einrichtung des gebrochenen Brustbeins			x
	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfuß- knochens			x
	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			x
	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens			x
	Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite			x
	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat			x
	Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell		x	
	Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese		x	
	EKG-Monitoring	x	x	x
	Elektrokardiographische Untersuchung	x	x	
	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeineinführung		x	
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr		x	
	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachen- raumes		x	
	Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen		x	
	Entfernung einer Zervix-Cerclage		x	x
	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplom- ben aus der Augenhöhle			x

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	x	x	
	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang			x
	Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Entfernung sichtbarer Kirschnerräute ohne Eröffnung der Haut			x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen	x	x	x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen	x	x	x
	Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde	x	x	
	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung	x	X	
	Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht		X	X
	Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen	x	X	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung	x	x	x
	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	x	x	x
	Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en).			x
	Erhebung des Ganzkörperstatus	x	x	x
	Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde.		x	x
	Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde		x	x
	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand			x
	Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)	x	x	
	Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen	x	x	x
	Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans gemäß § 29a BMV-Ä	x	x	x
	Erstversorgung einer großen Wunde			x
	Erstversorgung einer Wunde			x
	Exophthalmometrie		x	
	Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät	x	x	
	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels			x
	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop		x	
	Fremdanamnese(n)	x	x	x
	Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit		x	

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)			x
	Gefäßendoskopie, intraoperativ			x
	Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen		x	
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina		x	x
	Gonioskopie		x	
	Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch		x	x
	Hörgeräteakuplormessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe		x	x
	Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	x	x	
	Hydrogalvanisches Teilbad	x		x
	Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie			x
	Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.			x
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			x
	Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich			x
	Infusion, subkutan	x	x	
	Injektion, intraartikulär	x	x	x
	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär	x	x	
	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata		x	
	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern		x	
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	x	x	
	Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung		x	
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher			x
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels			x
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels			x
	Intravenöse Injektion	x	x	
	Kapillarmikroskopische Untersuchung		x	x
	Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula	x	x	x
	Einmalkatheterisierung der Harnblase	x	x	x
	Katheterismus der Ohrtrompete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche		x	
	Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen	x	x	x
	Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene	x	x	x
	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x	x	x
	Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe		x	
	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde	x	x	

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde	x	x	
	Konsultationskomplex	x	x	
	Kontrolle einer Hörhilfeanpassung in einem schallisolierten Raum mit in-situ-Messungen oder Hörfeldaudiometrie		x	x
	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich			x
	Kryotherapie mittels Eiskompressen, Eisteilbädern, Kältepackungen, Gasen, Peldiden	x	x	
	Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, ggf. einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa	x	x	x
	Legen einer "Miller-Abbott-Sonde"		x	
	Legen eines zentralen Venenkatheters durch Punktion der Vena jugularis oder Vena subclavia	x	x	x
	Leitungsanästhesie an einem Finger oder einer Zehe	x	x	
	Lokalanästhesie eines oder mehrerer kleiner Wirbelgelenke		x	x
	Lokalanästhesie(n) zur Schmerzbehandlung	x		x
	Lokalisierung von Netzhautveränderungen für einen gezielten operativen Eingriff		x	
	Lösung einer Vorhautverklebung	x	x	
	Manuelle kinetische Perimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte und/oder manuelle statische Perimetrie, einschließlich Dokumentation, je Sitzung		x	x
	Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes			x
	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung	x	x	x
	Messung der Akkommodationsbreite		x	
	Messung der Hornhautkrümmungsradien		x	
	Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten mittels Indikatorverdünnungsmethode, einschließlich Applikation der Testsubstanz, mittels Thermodilutionsmethode oder mittels Rückatmung von CO ₂ oder anderer Atemgase			x
	Mikro-Herzkatheterismus mittels Einschwemmkatheters in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, fortlaufender EKG-Kontrolle und ggf. Röntgenkontrolle, einschließlich Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters			x
	Milzszintigramm, einschließlich Funktions- und/oder Kapazitätsbestimmung mit radioaktiv markierten, ggf. alterierten Erythrozyten			x
	Mobilisierende Behandlung an der Wirbelsäule oder eines oder mehrerer Extremitätengelenke mittels Weichteiltechniken	x	x	x
	Nachweis von Mikroorganismen bei histologischer Untersuchung			x
	Oberflächenanästhesie der tieferen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle oder von Harnröhre und/oder Harnblase	x	x	x
	Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes		x	x
	Objektive Refraktionsbestimmung		x	
	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)			x
	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturen, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision)			x
	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasensecheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen			x
	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer			x
	Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes			x
	Orientierende Farbsinnprüfung mit Farbtafeln	x	x	

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Orientierende psychopathologische Befunderhebung	x	x	x
	Orthograde Darmspülung, einschließlich Sondeneinführung in das Duodenum			x
	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich Entfernung von Granulationsgewebe und/oder Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel			x
	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose			x
	Prostatamassage	x	x	
	Prüfung der Labyrinth auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ggf. einschließlich weiterer Provokationen (z. B. rotatorisch), ggf. einschließlich Prüfung der Koordination	x	x	
	Pulsoxymetrische Untersuchungen	x	x	x
	Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien	x	x	
	Pulsschreibung und/oder Druckmessung an den Digitalarterien vor und nach definierter Kälteexposition	x	x	
	Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken	x		x
	Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. qualitativer Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus		x	
	Quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven			x
	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis		x	
	Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	x	x	x
	Radionephrographie mittels radioaktiver Substanzen in weiteren Positionen, ggf. einschließlich Restharnbestimmung, ggf. einschließlich Gabe von Pharmaka			x
	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband	x	x	x
	Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, ggf. einschließlich Probeexzision(en)			x
	Rhinomanometrische Untersuchung mittels Flußmessungen		x	
	Röntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen, ggf. in mehreren Ebenen			x
	Röntgenaufnahmen eines Schädels			x
	Röntgenaufnahmen von Kieferteilen in Spezialprojektionen			x
	Röntgenaufnahmen von Zähnen			x
	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges			x
	Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den einzelnen Patienten aufgestellt	x	x	
	Selektive in-vitro-Markierung von Blutzellen mit radioaktivem Indium			x
	Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests		x	
	Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen		x	
	Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges		x	
	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles		x	
	Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht			x
	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			x
	Spirometrie		x	x
	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld		x	x
	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	x	x	
	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten	x	x	

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten	x	x	
	Spülungen jeglicher Art	x	x	x
	Standardisierte Sprachentwicklungstests (z. B. HSET, PPVT, PET, Wurst) oder gezielte Prüfungen der auditiven, visuellen, taktil-kinaesthetischen Wahrnehmungsfunktionen (z. B. Frostig, MVPT, Schilling-Schäfer, Mottier, von Deuster, BLDT) oder gezielte Prüfung der Grob- und Feinmotorik (z. B. MOT, LOS), ggf. einschließlich Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich			x
	Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich	x	x	x
	Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion	x	x	
	Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung	x	x	x
	Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation	x	x	x
	Streckverband	x	x	x
	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension			x
	Subjektive Refraktionsbestimmung	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung	x	x	
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln			x
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von 99m-Tc-markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit 99m-Tc-markierten Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skelettteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/oder Infektionen			x
	Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung	x	x	
	Tape-Verband eines kleinen Gelenkes	x	x	x
	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			x
	Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik			x
	Tonometrische Untersuchung		x	
	Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung			x

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation	x	x	
	Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase			x
	Trepanation eines Finger- oder Zehennagels	x	x	
	Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung			x
	Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig			x
	Tympanoskopie		x	
	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose	x	x	
	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses	x	x	x
	Untersuchung der oberen Trachea		x	x
	Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr		x	
	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung		x	
	Untersuchung(en) mittels CERA		x	
	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung		x	
	Vektorkardiographie	x	x	x
	Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband	x	x	x
	Verschlußplethysmographische Untersuchung der Venen einer Extremität, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Versilberung bei histologischer Untersuchung			x
	Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbstbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse		x	x
	Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium			x
	Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme	x	x	x
	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene	x		x
	Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf)	x	x	x
	Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal			x
	Extraktion eines Milchzahnes	x	x	
	Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt			x
	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband	x	x	x
	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	x	x	x
	Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schultereck-, Knie- oder Sprunggelenks			x
01420	Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege	x		
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	x		
01510	Beobachtung und Betreuung – Praxisklinische Betreuung 2h	x		
01511	Beobachtung und Betreuung – Praxisklinische Betreuung 4h	x		
01512	Beobachtung und Betreuung – Praxisklinische Betreuung 6h	x		
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	x		
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	x		

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
01530	Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	x		
01531	Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	x		
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	x	x	
01601	Individueller Arztbrief	x	x	
01602	Kopie eines Briefes	x		
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	x		
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	x		
02100	Infusion	x		
02101	Infusionstherapie	x		
02110	Erst-Transfusion	x		
02111	Folge-Transfusion	x		
02112	Eigenblut-Reinfusion	x		
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	x		
02200	Tuberkulintestung	x		
02320	Magenverweilsonde	x		
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	x		
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	x		
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	x		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	x		
02331	Intraarterielle Injektion	x		
02340, 02341	Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)	x		
02342	Lumbalpunktion	x		
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	x		
02350	Fixierender Verband	x		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	x		
02400	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	x		
02401	H ₂ -Atemtest	x		
03000	Hausärztliche Grundvergütung	x		
Aus 03000/04000	Betreuung, Behandlung, Gespräch	x		
03001	Koordination der hausärztlichen Betreuung	x		
03002	Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen	x		
03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
03110	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
03111	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	x		
03112	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	x		
03115	Konsultationskomplex	x		
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	x		
03311	Ganzkörperstatus	x		
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
03320	EKG	x		
03340	Allergologische Basisdiagnostik (einschl. Kosten)	x		
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	x		
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	x		

2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36

EBM-Nr.	Legende	VP	GP	SG
04002	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/ Einrichtungen	x		
04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
04110	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
04111	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	x		
04112	Ordinationskomplex – Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	x		
04115	Konsultationskomplex	x		
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
04210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
04211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates	x		
04311	Ganzkörperstatus	x		
04312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		
04313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
04320	EKG	x		
04333	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status	x		
04340	Allergologische Basisdiagnostik (einschl. Kosten)	x		
32000	Laborgrundgebühr	x	x	

Kommentar:

Nach der Präambel zum Anhang 1 des EBM sind die dort aufgeführten Leistungen Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig, **sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind.**

Wird also in einem Kapitel des EBM eine Leistung als berechnungsfähig aufgeführt, obwohl sie im Anhang 1 steht, kann sie von den Ärzten, die berechtigt sind, die Leistungen dieses Kapitels abzurechnen, zusätzlich abgerechnet werden, da sie dann – da eigenständig aufgeführt – nicht Bestandteil der dem Kapitel zugeordneten Pauschale ist. Dabei ist selbstverständlich auf gegebenenfalls in diesem Kapitel oder zu dieser Leistung beschriebene Abrechnungsausschlüsse zu achten.

Zur Prüfung, ob die mit EBM Nrn. versehen Leistungen dieses Anhangs 1 von Ihrer Fachgruppe gesondert abgerechnet werden können, müssen Sie die Präambel zu Ihrer Fachgruppe lesen. Finden Sie die jeweilige Leistung nicht in einem der Präambel-Absätze als abrechenbar aufgeführt, ist sie **nicht** berechnungsfähig.

Die Leistung ist in der Regel dann bei Ihrer Fachgruppe Bestandteil der Versicherten- oder Grundpauschale und damit nicht gesondert berechnungsfähig.

2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36

Informationen der Herausgeber:

Die OPS-Codierungen hätten ca. 800 Seiten umfasst und wurden nicht aufgenommen. Die EBM Nummern der ambulanten und belegärztlichen Operationen nach den Kapiteln 31 und 36 finden Sie mit allen OPS-Codierungen im Internet unter <http://medical-text.net/mto/ebm.php> im unkommentierten EBM. Ferner finden Sie hier auf einen Blick alle dazu gehörigen weiteren EBM Nrn. z.B. der Anästhesien, der Überwachungskomplexe und der postoperative Behandlungskomplexe neben den OPS-Nrn.

Hinweis: Kostenlos finden Sie die sehr, sehr ausgedehnte Tabelle auf den Seiten der Anhänge bei der KBV: www.kbv.de/html/online-ebm.php.

3 Angaben für den zur Leistungserbringung erf. Zeitaufwand

3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V

Wichtig: Im Buch finden Sie zu den EBM Nrn. unter der Zeile **Aufwand in Minuten** die entsprechenden Zeiten dieser Tabelle.

- KA** Für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeit vorgegeben
./. Keine Angabe einer Prüfzeit
***** Bei Nachweis der Anstellung eines/einer Orthoptisten/Orthoptistin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit
****** Bei Nachweis der Anstellung eines/einer qualifizierten Mitarbeiters/Mitarbeiterin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit

Nachfolgend beispielhaft ein Ausschnitt aus der Tabelle:

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	KA	./.	Keine Eignung
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	KA	./.	Keine Eignung
01320	Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	8	Nur Quartalsprofil
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	14	Nur Quartalsprofil
01410	Besuch	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
01411	Dringender Besuch I	KA	./.	Keine Eignung
01412	Dringender Besuch II	KA	./.	Keine Eignung
01413	Besuch eines weiteren Kranken	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	KA	./.	Keine Eignung

Anmerkungen:

- ¹⁾ Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen, vertraglich vereinbarte Kostenerstattungen und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4 und 19.4 sind mit Ausnahme der Unterabschnitte 11.4.1 und 19.4.1 nicht aufgeführt.
- ²⁾ Der im Standardbewertungssystem verwendete Zeitbedarf für die ärztliche Leistung
- ³⁾ Gemäß der Allgemeinen Bestimmung I-4.3.8 sowie den Anmerkungen unter den Gebührenordnungspositionen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung entsprechen **die in Spalte 1 mit * gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen nicht der fachärztlichen Grundversorgung.**
 Zusätzlich zu den im Anhang VI-3 gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen werden die Kostenpauschalen des Abschnitts IV-32.3 ebenfalls nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

Kommentar:

Mit Wirkung vom 1.10.2013 sind die Leistungen, die gemäß Abschnitt 4.3.8 der Allgemeinen Bestimmungen sowie den Anmerkungen unter den Gebührenordnungspositionen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung in der Spalte 1 mit „**“ gekennzeichnet. Daneben werden die Kostenpauschalen des Abschnitts 32.3 nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet. Ihre Abrechnung führt ebenfalls zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung

4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

Diese Liste wird von der KBV aktualisiert. Sie finden diese Tabelle auf den Seiten der Anhänge bei der KBV: www.kbv.de/html/online-ebm.php

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32048	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten	III / 2007
32049	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Eosinophilenzählung	III / 2007
32080	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Prostataphosphatase	III / 2007
32088	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Glykierte Blut und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin	III / 2007
32093	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Quantitative Bestimmung Chymotrypsin	III / 2007
32098	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Trijodthyronin (T 3)	III / 2007
32099	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Thyroxin (T 4)	III / 2007
32100	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin (TBG), T3-uptake, oder Thyroxinbindungskapazität	III / 2007
32129	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, Rheumafaktor	III / 2007
32171	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Treponemen im Dunkelfeld und/oder mit Phasenkontrast	III / 2007
32239	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Aldolase	III / 2007
32241	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Leucin-Arylamidase (LAP)	III / 2007
32255	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Hydroxyprolin	III / 2007
32256	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Lecithin	III / 2007
32266	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Magnesium	III / 2007
32275	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Gold im Serum	III / 2007
32276	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Kobalt	III / 2007
32282	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Zinn	III / 2007
32399	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, CA 549	III / 2007
32423	Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial	III / 2007
32424	Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors	III / 2007
32429	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline	IV / 2009
32436	Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, Alpha-1-Glykoprotein	III / 2007

4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

32477	Immun(fixations)elektrophorese	IV / 2009
32534	Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen	III / 2007
32577	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz	III / 2007
	Bestimmung von Biotin	II / 2008
	Bestimmung von Gamma-Interferon	II / 2008
	Bestimmung von Heat Shock Protein	II / 2008
	Bestimmung von Hyaluronsäure im Serum	II / 2008
	Bestimmung von Kryptophyrol	II / 2008
	Bestimmung von Melanin im Urin	II / 2008
	Bestimmung von Melatonin	II / 2008
	Bestimmung von Molybdän	II / 2008
	Bestimmung von N-Acetyl-Glucoseaminidase (NAG)	II / 2008
	Bestimmung von NK-Zell-Modulatorteste (oder NK-Zell-Funktionsanalyse, oder NK-Zell-Zytotoxizitätstest)	II / 2008
	Bestimmung von Orosomucoid-Typisierung	II / 2008
	Bestimmung von Oxidativer Stress (alle Untersuchungen im Rahmen des „oxidativen Stresses“), z. B. Glutathion, GPX, GSH oxidiert, Glutathion Reduktase, TAS/Total AntOX Schutz, Ubichinon Q 10, SOD/Superoxiddismutase, 8-OH-Deoxy-Guanosin, Malondialdehyd total 4-Hydrxynonenal, SAM/Adeonosyl-methionin, GST-alpha, GST-Theta, GST-pi, GSH intraz., AFMU/AF-3-Methyluracil, 1-Methylharnsäure	II / 2008
	Bestimmung von Taurin	II / 2008
34491	MRT-Angiographie einer Hand oder eines Fußes	IV / 2007
./.	MRT-Angiographie von Venen der oberen Extremität	IV / 2007
./.	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß als Kopieabdruck	I / 2008
./.	Biofeedback-Behandlung	IV/2015
5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	II / 2008
88741	Influenza Schnelltest bei Verdacht auf Vorliegen von Influenza A/H1N1	IV/2010

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Stand 2015/4, erstellt am 16.10.2015

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

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

Kommentar:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben im ergänzten Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1.7.2014 einen neuen Bereich VII in den Einheitlichen Bewertungsausschuss aufgenommen, der die ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen enthalten wird.

1. Die in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in Verbindung mit § 5 (Behandlungsumfang) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) nach § 116b SGB V von ASV-Berechtigten gemäß § 2 der ASV-RL berechnungsfähig.

2. Für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gilt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V Folgendes:

Für die Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt in der ASV anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Arztfall gemäß nachstehender Definition: Der Arztfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

3. Für teilnehmende Krankenhäuser gilt für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Fachgruppenfall. Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 der ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendixes der ASV-RL.

4. Abweichend von Nr. 2 gilt für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums der Fachgruppenfall nach Nr. 3.

Kommentar:

Da in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht nur Vertragsärzte, sondern auch Krankenhausärzte tätig sein können, hat der Bewertungsausschuss abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen des EBM spezielle Regelungen getroffen, die im Falle der Ärzte in einem Krankenhaus, aber auch in einer Berufsausübungsgemeinschaft und einem MVZ die Neuschaffung eines „Fachgruppenfalles“ vorsehen.

5. Eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die einmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, ist bei einer Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in demselben Quartal in einem ASV-Kernteam einmal je Arztfall nach Nr. 2 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 4 berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung einer Gebührenordnungsposition durch dieselbe Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 15 %.

Für eine Gebührenordnungsposition im einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die mehrmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, gilt diese Abrechnungsbestimmung bzw. Anmerkung je Arztfall nach Nr. 2 und je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und je Fachgruppenfall nach Nr. 4. Bei Überschreitung der maximalen Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenordnungsposition innerhalb derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 10 %.

Kommentar:

Ferner wurde, da bei der ASV-Behandlung die Behandlung in einem interdisziplinären Team im Vordergrund steht, eine Abschlagsregelung bei Gebührenordnungspositionen geschaffen, für die der EBM eine einmalige oder mehrmalige Berechnung im Behandlungsfall vorsieht.

6. Kosten

6.1 Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalte der vom ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Nicht berechnungsfähig sind zudem die Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung der Untersuchungsergebnisse innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhauses.

Kommentar:

Aus den „Entscheidungserheblichen Gründen“ des ergänzten Bewertungsausschusses: „Die Bestimmung nach Nr. 6.1 entspricht den Inhalten des Bereichs I „Allgemeine Bestimmungen“ der Nummern 7.1 und 7.2 EBM, wobei diese den Besonderheiten der Leistungserbringung in der ASV entsprechend angepasst wurden. So sind Kosten für Verbandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses in der ASV beispielsweise innerhalb eines Krankenhauses nicht berechnungsfähig.“

6.2 Gesondert berechnungsfähige Leistungen

Kosten, die gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – gesondert berechnungsfähig. Diese Kosten werden entsprechend nachstehender Regelungen erstattet.

6.2.1 Sprechstundenbedarf / Kontrastmittel

6.2.1.1 Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder Medizinische Versorgungszentren gilt in der ASV gemäß § 116b SGB V folgendes:

Der Sprechstundenbedarf wird hinsichtlich des Umfanges sowie der Bezugswege entsprechend der regional geltenden Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (Sprechstundenbedarfsvereinbarungen) bezogen. Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln, die nicht Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen sind, finden ebenso Anwendung.

Kommentar:

Für Ärzte und Medizinische Versorgungszentren finden die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen und Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln aus der normalen vertragsärztlichen Versorgung Anwendung

6.2.1.2 Für teilnehmende Krankenhäuser gilt in der ASV gemäß § 116b SGB V folgendes:

Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich nach den jeweils regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Der Sprechstundenbedarf wird für onkologische Erkrankungen mit 13,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient vergütet. Für alle übrigen Erkrankungen beträgt die Pauschale für den Sprechstundenbedarf 4,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient.

Abweichend hiervon gilt, dass Kontrastmittel für teilnehmende Krankenhäuser nach Nummer 6.2.3 vergütet werden.

Kommentar:

Für Krankenhäuser werden die Kosten für Sprechstundenbedarf je Patient und Quartal pauschaliert. Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich dabei nach den regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Krankenhäuser werden sich also mit den regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen vertraut machen müssen.

6.2.2 Arzneimittel und in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte

Zur Erbringung ärztlicher Leistungen erforderliche Arzneimittel und in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte, die nicht Bestandteil der Regelungen gemäß 6.1 und 6.2.1 sind, werden versichertenbezogen auf dem Arzneiverordnungsblatt verordnet und gemäß der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) gekennzeichnet.

6.2.3 Gesondert berechnungsfähige Sachkosten

Gesondert berechnungsfähige Sachkosten sind Kosten, die nicht unter 6.1 oder 6.2.1 zu subsumieren sind und auch keine Arzneimittel bzw. einbezogene Produkte gemäß 6.2.2 sind. Die berechnungsfähigen Sachkosten werden nach den Regelungen der ASV-AV mit den Krankenkassen abgerechnet.

Der ASV-Berechtigte wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Er hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form von Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren.

Eine Kopie der Originalrechnung ist der Krankenkasse auf begründete Anfrage zu übermitteln.

Die Originalrechnung muss mindestens folgende Informationen beinhalten:

- Name des Herstellers bzw. des Lieferanten
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer.

Der ASV-Berechtigte 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 bis zu 3 % weiterzugeben.

Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen.

Kommentar:

Für gesondert berechnungsfähige Sachkosten sind zusätzliche Bestimmungen wie z.B. die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowie die Weitergabe von Preisnachlässen, Rabatten u.ä. geregelt.

Hinweis der Autoren:

Die Richtlinien des G-BA über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V finden Sie unter:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1061/ASV-RL_2015-06-18_iK-2015-09-03.pdf (18.06.2015)

Nachfolgend finden Sie einen Ausschnitt aus dem § 116 b SGB V, d.h. den Abs. 1 mit einer Liste der im Rahmen ASV zu behandelnden Erkrankungen.

Den vollständigen § 116 b finden Sie im Internet unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/116b.html>

§ 4 DOKUMENTATION UND BERICHTERSTATTUNG

1. Gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V sind ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütungsvereinbarung zu MRSA elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit der Einführung der vorgesehenen Qualitätssicherungsvereinbarung kann die Evaluation auf einer anderen Basis erfolgen.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Einführungsphase quartalsbezogen die Auswertungsergebnisse. Gleichzeitig werden die Berichte dem Bewertungsausschuss übermittelt. Die Daten werden für die Auswertung patientenbezogen zusammengeführt. Die Auswertung und Übermittlung erfolgt bis zum Ende des zweiten, auf das Bezugsquartal folgenden, Quartals. Der Behandlungsstand für einen Patienten wird zum Zeitpunkt der Datenlieferung bestmöglich ausgewertet. Für unvollständige Sanierungsbehandlungen bzw. unvollständige Nachverfolgungen eines Patienten wird der aktuell verfügbare Stand der Behandlung bzw. Nachverfolgung ausgewertet.

3. Der Bericht umfasst mindestens folgende Angaben:

- a. Anzahl der Risikopatienten,
- b. Anzahl von positiv und negativ getesteten Risikopatienten,
- c. Anzahl der positiv getesteten Patienten, bei denen eine Sanierungsbehandlung durchgeführt wurde,

- d. Anzahl der Patienten mit Sanierungsbehandlung mit einem erfolgreichen bzw. erfolglosen Sanierungsergebnis,
- e. Anzahl der untersuchten Kontaktpersonen,
- f. Anzahl von positiv und negativ getesteten Kontaktpersonen,
- g. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) bzw. des Abschnitts IV-30.12 im Zusammenhang mit mindestens einer der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen: 01410 bis 01413, 01415,
- h. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) bzw. des Abschnitts IV-30.12 im Zusammenhang mit mindestens einer der Gebührenordnungspositionen: 40240, 40260,
- i. Erbringung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 87.8 (außer Labor) bzw. des Abschnitts IV-30.12 im Zusammenhang mit mindestens einer der Gebührenordnungspositionen: 40870, 40872 (bzw. deren Überleitungen),
- j. Anzahl der Ärzte, die die neuen MRSA-Gebührenordnungspositionen abgerechnet haben,
- k. Fachrichtung der behandelnden Ärzte,
- l. Regionale Differenzierung der Auswertung nach Kassenärztlichen Vereinigungen,
- m. Anzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen 86778 bzw. 30948 je Arzt und Quartal in Bezug zu den von diesem Arzt abgerechneten Gebührenordnungspositionen 86772 bzw. 30942.

§ 116b SGB V Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

... „(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.

Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei

- a) onkologischen Erkrankungen,
 - b) HIV/AIDS,
 - c) rheumatologischen Erkrankungen,
 - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
 - e) Multipler Sklerose,
 - f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
 - g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
 - h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
 - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
- a) Tuberkulose,
 - b) Mukoviszidose,
 - c) Hämophilie,
 - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
 - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
 - f) biliäre Zirrhose,
 - g) primär sklerosierende Cholangitis,
 - h) Morbus Wilson,
 - i) Transsexualismus,
 - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - k) Marfan-Syndrom,
 - l) pulmonale Hypertonie,
 - m) Kurzdarmsyndrom oder

n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie

3. hochspezialisierte Leistungen wie

- a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
- b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat....“

50 Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Präambel:

1. Onkologische Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet und der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) entnommen sind (einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518), sind bis zur Aufnahme in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach den Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Kostenpauschalen sind im Laufe eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem Arzt des Kernteams, der die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) und der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt, berechnungsfähig. Dies gilt auch wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Abweichend von Satz 3 sind die Kostenpauschalen (mit Ausnahme der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518) bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams erkrankungsspezifisch berechnungsfähig.

2. Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet werden, sind die Kostenpauschalen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) nicht berechnungsfähig. Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet werden, sind die Kostenpauschalen regionaler Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der regionalen Onkologie-Vereinbarungen nicht berechnungsfähig.

3. Sofern die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet wird, sind die Gebührenordnungspositionen 07345, 09345, 13435 und 50200 bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr nicht berechnungsfähig. Im Laufe eines Kalendervierteljahres ist von dem für die Koordination der Behandlung verantwortlichen Arzt des Kernteams nur die Zusatzpauschale Onkologie (Gebührenordnungsposition 07345, 09345 oder 13435), die Gebührenordnungsposition 50200 oder die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig.

HINWEIS DER AUTOREN:

- Den vollständigen § 116 b finden Sie im Internet unter:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/116b.html>
- Die Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V finden Sie unter:
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-907/ASV-RL_2014-02-20.pdf

Kommentar

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben im ergänzten Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1.7.2014 einen neuen Bereich VII in den Einheitlichen Bewertungsausschuss aufgenommen, der die ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen enthalten wird.

In der Präambel werden abschnittsübergreifende Regelungen zur Abrechnung in den Fällen getroffen, in denen Leistungen noch nicht im EBM abgebildet sind und der „Onkologie-Vereinbarung“ entsprechen. Im Einzelnen werden die Abrechnungsvoraussetzungen und die Abrechnungsausschlüsse in diesen Fällen detailliert definiert.

50.1 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Kommentar:

Als erster Bereich wurde im Abschnitt 50.1 die Leistungen gemäß der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) mit Wirkung zum 1.7.2014 aufgenommen.

Die Systematik des Abschnitts 50.1 EBM, die Beträge in Euro statt in Punktwerten anzugeben, wird für die neue EBM Nr. 50112 sowie für die EBM Nrn. 50110 und 50111 übernommen.

Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung in der nachfolgenden Tabelle berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich von den jeweils zugeordneten Fachgruppen entsprechend ihrer Bezeichnung in der ASV-RL berechnungsfähig. Sofern in der Tabelle Indikationen und sonstige Anforderungen genannt werden, sind die Gebührenordnungspositionen nur dann berechnungsfähig, wenn mindestens eine der genannten Indikationen vorliegt und alle Anforderungen erfüllt werden.

2. Sofern die im Anhang 6 aufgeführten Gebührenordnungspositionen aufgrund von Änderungen durch einen Beschluss des G-BA bei der Fachgruppenzuordnung und/oder den Indikationen und sonstigen Anforderungen von den Leistungsbeschreibungen in Abschnitt 1 und 2 der Anlage zur ASV-RL des G-BA abweichen, gelten bis zur entsprechenden Anpassung des Anhangs 6 EBM die vom G-BA getroffenen Regelungen hinsichtlich der zur Leistung berechtigten Fachgruppen, der Indikationen und sonstigen Anforderungen der Anlage zur ASV-RL.

Tabelle der KBV

(http://www.kbv.de/tools/ebm/html/6_162394376704834633369632.html)

KBV Berlin, Stand 2018/4, erstellt am 19.11.2018

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen
50.1	50100	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	• Augenheilkunde
50.1	50110 50111 50112	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	• Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie • Laboratoriumsmedizin
51.1	51010	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Innere Medizin und Gastroenterologie • Allgemeinchirurgie • Viszeralchirurgie • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms)
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	• Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Urologie

VII Ausschl. i. Rahmen der ASV berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

50 Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	Innere Medizin und Gastroenterologie
51.1	51011	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams)
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie
51.3	51030	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
51.3	51032	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten

40855–40855 Ausschl. i. Rahmen der ASV berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen VII**50 Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

EBM-Nr.

EBM-Punkte / Euro

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten
51.3	51033	Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
51.4	51040	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	• Strahlentherapie • Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams)
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	• Strahlentherapie
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	• Strahlentherapie
51.4	51041	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Strahlentherapie • Innere Medizin und Gastroenterologie • Allgemeinchirurgie • Viszeralchirurgie • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde • Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams)
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	• Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie • Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Strahlentherapie
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	• Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie • Strahlentherapie • Urologie
51.5	51050	Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	• Augenheilkunde
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	• Augenheilkunde
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	• Augenheilkunde

50100	Prüfung des Farbsinns Obligatorer Leistungsinhalt • Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, • Farbsinnprüfung mit Anomaloskop und/oder • Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln), • Beidseitig Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 50100 ist auch berechnungsfähig, wenn die Leistung aus medizinischer Indikation nur an einem Auge erbracht werden kann. Berichtspflicht: nein	54 5,84
50110	Molekularbiologische Schnellresistenztestung des Mycobacterium tuberculosis-Complex Fakultativer Leistungsinhalt • Evaluation dieser Ergebnisse durch Vergleich mit dem Ausfall des konventionellen phänotypischen TB-Resistenztest entsprechend der Gebührenordnungsposition 32770.	82,03
50111	Weiterführende molekularbiologische Schnellresistenztestung des Mycobacterium tuberculosis-Complex Obligatorer Leistungsinhalt • Molekularbiologische Schnelltestung des MTC auf Resistenzen gegen Rifampicin und Isoniacid, • Dokumentation der in der Legende genannten Vorbedingungen Fakultativer Leistungsinhalt • Evaluation dieser Ergebnisse durch Vergleich mit dem Ausfall des konventionellen phänotypischen TB-Resistenztest entsprechend der Gebührenordnungsposition 32770 Berichtspflicht: nein	99,40
50112	Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-complex (außer BCG) bei • positivem Tuberkulin-Hauttest zum Ausschluss einer Kreuzreaktion mit BCG, • negativem Tuberkulin-Hauttest und Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bei Anergie Anmerkung Die Gebührenordnungsposition 50112 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als „Ähnliche Untersuchung“ für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig. Abrechnungsausschluss im Krankheitsfall 32670 Berichtspflicht Nein	58,00

Kommentar: Die KV Hessen informiert: ... „Die neue GOP 50112 löst die bisherige Pseudoziffer 88510 ab und die Leistung wird analog zu der GOP 32670 „Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen“ aufgebaut. Die bisherige Vorgabe, dass die Leistung von Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie als Kernteam und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin als hinzuziehende Fachärzte abgerechnet werden darf, bleibt bestehen. Beachten Sie bitte, dass die GOP 50112 bei positivem Tuberkulin-Hauttest zum Ausschluss einer Kreuzreaktion mit BCG sowie bei negativem Tuberkulin-Hauttest und Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bei Anergie Anwendung findet ...“

51 Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V entsprechend der Zuordnung gemäß Anhang 6 berechnungsfähig.

51.1 Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

51010 Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall 230 24,89

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft

Abrechnungsbestimmung einmal im Kalendervierteljahr je Patient

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 51010 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV- Kernteams berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV-Team voraus.

51011 Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie-Qualitätskonferenzen 15 1,62

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Durchführung von Qualitätskonferenzen notwendigen Strukturen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Kalendervierteljahr je Patient

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 51011 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV- Kernteams berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV- Team voraus.

51.3 Psychotherapeutische Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur im Zusammenhang mit einer syndrombezogenen therapeutischen Behandlung einer in den Anlagen der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Erkrankung gemäß der Zuordnung in Anhang 6 zum EBM berechnungsfähig.

2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, berechnungsfähig.

51030 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung 108 11,69

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je vollendete 10 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 51032, 51033, 35.1

Berichtspflicht Nein

51032

Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen

74
8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 51030, 51033, 35.1

Berichtspflicht Nein

51033

Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen

74
8,01

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
 - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
 - entwicklungspsychologischer Faktoren,
 - entwicklungssoziologischer Faktoren,
 - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

Abrechnungsbestimmung je Teilnehmer, je vollendete 25 Minuten

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 51033 ist am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.

Abrechnungsausschluss in derselben Sitzung 51030, 51032, 35.1

Berichtspflicht Nein

51.4 Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen

51040

Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie

191
20,67

Obligatorer Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

Abrechnungsbestimmung einmal im Kalendervierteljahr**Anmerkung**

Die Gebührenordnungsposition 51040 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Berichtspflicht Nein**51041****Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams****201
21,75****Obligater Leistungsinhalt**

- Teilnahme an einer Tumorkonferenz,
- Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

Abrechnungsbestimmung einmal im Kalendervierteljahr**Anmerkung**

Die Gebührenordnungsposition 51041 ist nur von dem den Patienten vorstellenden Arzt des Kernteams berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams an einer Tumorkonferenz teilnehmen. Die Gebührenordnungsposition 51041 ist nur einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr ist im Einzelfall möglich und setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

Sofern die Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr aufgrund der Regelung gemäß Nr. 9 der Bestimmung zu Bereich VII EBM neben der Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 64 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 51041 vorzunehmen.

Berichtspflicht Nein**51.5 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen****51050****Augenärztliche Leistungen****133,00****Obligater Leistungsinhalt**

- klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik und/oder
- Bestimmung des Visus und/oder
- subjektive und objektive Refraktionsbestimmung und/oder
- Bestimmung des Interferenzvisus und/oder
- Untersuchung des Dämmerungssehens und/oder

- tonometrische Untersuchung
- und/oder
- Gonioskopie
- und/oder
- Spaltlampenmikroskopie
- und/oder
- Beurteilung des zentralen Fundus
- und/oder
- Messung der Hornhautkrümmungsradien
- und/oder
- Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen
- und/oder
- Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe
- und/oder
- Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Stereopsis
- und/oder
- Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-) Strabismus
- und/oder
- Prüfung der Pupillenfunktion
- und/oder
- Prüfung des Farbsinns
- und/oder
- Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit
- und/oder
- Bestimmung der break-up time
- und/oder
- Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack
- und/oder
- Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen
- und/oder
- Kontrolle vorhandener Sehhilfen
- und/oder
- Messung der Akkommodationsbreite
- und/oder
- in Anhang 1 aufgeführte augenärztliche Leistungen

Abrechnungsbestimmungen: einmal im Kalendervierteljahr

Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 51050 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Schutzimpfungen

1. Schutzimpfungs-Richtlinie (Schutzimpfungs-Richtlinie(SI-RL) von G-BAFebr. 2016)

Rechtsprechung:

► Vorfahrt für Impfung bei Uneinigkeit der Eltern

Im Falle eines Streits der gemeinsam sorgeberechtigten Eltern darüber, ob ihr Kind geimpft werden soll, kann das Entscheidungsrecht gem. § 1628 BGB demjenigen Elternteil übertragen werden, der sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut orientiert und damit das Kindeswohl als Maßstab nimmt. Dies gilt auch für den Fall, dass das Kind beim anderen Elternteil lebt, wie der Bundesgerichtshof (BGH) höchststrichterlich entschied.

Aktenzeichen: BGH, 03.05.2017, AZ.: XII ZB 157/16

Entscheidungsjahr: 2017

2. Abrechnung von Impfleistungen

Die jeweiligen Honorare sind bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend den mit den Krankenkassen geschlossenen Verträgen unterschiedlich.

Im Internetauftritt Ihrer KV können Sie in der Regel die für Sie geltenden Honorare finden.

Diese Übersicht wurde aus dem Internet der KV Hamburg übernommen

► Risikoauflklärung kann bei Routine-Impfungen schriftlich erfolgen

Eine rein schriftliche Patientenaufklärung bei einer Impfung, die den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) folgt, ist ausnahmsweise ausreichend. Dies bestätigte das Oberlandesgericht (OLG) Zweibrücken und folgt damit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, die in bestimmten Fällen Ausnahmen zulässt zu der gemäß § 630e BGB bestehenden ärztlichen Pflicht, Patienten mündlich über mögliche Risiken aufzuklären. Allerdings müsse dem Patienten auch bei einer schriftlichen Aufklärung zumindest die Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben werden. Im vorliegenden Fall hatte ein Hausarzt bei einer Impfung gegen Influenza dem Patienten zur Aufklärung ein Merkblatt ausgehändigt. In Folge der Behandlung trug der Patient eine schwere Behinderung davon und wurde berufsunfähig.

Aktenzeichen: OLG Zweibrücken, 31.02.2013, AZ: 5 U 43/11

Entscheidungsjahr: 2013

Impfungen

Dokumentationsnummer*

	erste Dosis eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungs- impfung

Einfachimpfung

Diphtherie (Standardimpfung) - Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89100A	89100B	89100R
Diphtherie - sonstige Indikationen	89101A	89101B	89101R
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	89102A	89102B	89102R
Haemophilus influenza Typ b (Standardimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder	89103A	89103B	
Haemophilus influenza Typ b - sonstige Indikationen	89104A	89104B	
Hepatitis A	89105A	89105B	89105R
Hepatitis B (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89106A	89106B	
Hepatitis B - sonstige Indikationen	89107A	89107B	89107R
Hepatitis B - Dialysepatienten	89108A	89108B	89108R
Humane Papillomaviren (HPV) - Mädchen und weibl. Jugendliche	89110A	89110B	

Influenza (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	89111		
Influenza - sonstige Indikationen	89112		
Masern (Erwachsene) (1)	89113		
Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder	89114		
Meningokokken - sonstige Indikationen	89115A	89115B	89115R**
Pertussis (Standardimpfung)◇ - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89116A	89116B	89116R
Pertussis ◇ - sonstige Indikationen	89117A	89117B	
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder bis 24 Monate	89118A	89118B	
Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	89119		89119R**
Pneumokokken - sonstige Indikationen	89120****		89120R
Poliomyelitis (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89121A	89121B	89121R
Poliomyelitis - sonstige Indikationen	89122A	89122B	89122R**
Rotaviren (RV)	89127A	89127B	
Röteln (Erwachsene) (1) ◇	89123		
Tetanus	89124A	89124B	89124R
Varizellen (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89125A	89125B	
Varizellen - sonstige Indikationen	89126A	89126B	

Zweifachimpfung

Diphtherie, Tetanus (DT) (Kinder) ◇	89200A	89200B	
Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene)	89201A	89201B	89201R
Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB) - nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A- und eine Hepatitis B-Impfung	89202A	89202B	
Haemophilus influenza Typ b, Hepatitis B ◇	89203A	89203B	

Dreifachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300A	89300B	
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301A	89301B	
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302	89302	89302R**
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303	89303	89303R***

Vierfachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400	89400	89400R***
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401A	89401B	

Fünffachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)	89500A	89500B	

Sechsfachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenza Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)	89600A	89600B	

Informationen der KBV

Vergütung in der ASV: Beschluss zur Definition des Behandlungsfalls

Die KBV informiert die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen am 23.9.2015

... „nach schwierigen Verhandlungen hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss unter Vorsitz von Prof. Jürgen Wasem am 15. September weitere Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) beschlossen.

Der Beschluss regelt, wie der Behandlungsfall in der ASV definiert ist. Die KBV konnte hierbei für Vertragsärzte durchsetzen, dass für sie bei der Abrechnung von ASV-Leistungen der Arztfall gilt. Damit kann eine Leistung auch von mehreren Teammitgliedern im Behandlungsfall abgerechnet werden. Nicht verhindern konnte die KBV, dass es bei solchen Mehrfachabrechnungen Abschlüsse geben kann. Wir möchten Ihnen den Beschluss vorstellen und Sie über einzelne Regelungsinhalte informieren.

Definition des Behandlungsfalls

Da nicht nur Vertragsärzte in der ASV tätig sind, sondern auch Krankenhausärzte (vgl. § 116b Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL), kann für die Leistungen der ASV nicht die Definition des Behandlungsfalles gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gelten. Nachdem sich KBV, DKG und GKV-Spitzenverband im ergänzten Bewertungsausschuss nicht auf eine Definition des Behandlungsfalles in der ASV einigen konnten, hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss folgende Regelungen getroffen:

- Behandlungsfall für Vertragsärzte in Einzelpraxen: Für Gebührenordnungspositionen im EBM, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt der Arztfall.
- Behandlungsfall für ASV-berechtigte Vertragsärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder für Ärzte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ): Für sie gilt nicht der Arztfall, sondern der Fachgruppenfall.
- Behandlungsfall für teilnehmende Krankenhäuser: Für Gebührenordnungspositionen im EBM, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt der Fachgruppenfall.

Erläuterungen

Der Arztfall umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses oder einer BAG oder eines MVZ unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendizes der ASV-RL.

Abschlagsregelungen beschlossen

In der ASV steht die Behandlung in einem interdisziplinären Team im Vordergrund. Damit soll sichergestellt werden, dass Patienten mit seltenen Erkrankungen beziehungsweise schwerstkranken Patienten multidisziplinär von Ärzten gemeinsam behandelt werden. Zugleich können so Doppeluntersuchungen und -behandlungen vermieden werden.

Bereits in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden deshalb unter anderem zwingend die Tätigkeit der Kernteammitglieder am Ort der Teamleitung und regelmäßige Fallkonferenzen gefordert. Vor diesem Hintergrund war eine Abschlagsregelung nicht zu verhindern.

Allerdings hat dabei der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss festgelegt, dass sich die Abschlagsregelungen nur auf das Kernteam beziehen und nicht auch auf Ärzte, die hinzugezogen werden können. Die Abschlagszahlungen fallen zudem wesentlich geringer aus als vom GKV-Spitzenverband gefordert.

Die Abschlagsregelungen im Detail

Die Abschlagsregelungen kommen bei Mehrfachberechnung derselben behandlungsfall-definierten Gebührenordnungsposition durch dieselbe Fachgruppe in einem ASV-Kernteam zur Anwendung. Das heißt:

- EBM-Leistungen, die pro Patient nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden dürfen (z. B. die Grundpauschale), sind nur von einem Arzt des ASV-Kernteams einmal zu 100 Prozent berechnungsfähig. Dabei ist es egal, ob dieser Arzt in einer Einzelpraxis, in einer BAG oder in einem MVZ oder am Krankenhaus tätig ist.
- Bei Mehrfachberechnung einer solchen Gebührenordnungsposition durch Ärzte derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen ein Abschlag auf die Punktzahl in Höhe von 15 Prozent. Abgerechnet werden dürfen (z. B. bestimmte diagnostische Leistungen) – so oft in voller Höhe vergütet – wie im EBM vorgegeben, zum Beispiel höchstens dreimal im Behandlungsfall. Wird diese maximale Abrechnungshäufigkeit überschritten, so werden alle weiteren Leistungen zwar vergütet, allerdings mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 10 Prozent. Dies gilt immer dann, wenn diese Leistungen von Ärzten derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam durchgeführt werden.

Hinweis: Die Ärzte rechnen ihre Leistungen wie gewohnt ab. Erst die Prüfung der Abrechnungen durch die Krankenkassen ergibt, ob gegebenenfalls ein Abschlag erfolgt. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, dies zu prüfen, da nur ihnen alle Abrechnungsdaten eines Kernteams vorliegen.

Einführung einheitlicher Abrechnungs- und Zahlungsfristen

In einer Protokollnotiz zum Beschluss wurde festgehalten, dass die Vertragspartner bis zum 31. März 2016 eine einheitliche Abrechnungsfrist für ASV-berechtigte Ärzte sowie eine Zahlungsfrist für Krankenkassen vereinbaren (nach § 116b Absatz 6 Satz 2 SGB V). Die KBV befürwortet solche Fristen, damit insbesondere Zahlungen nicht in Verzug geraten.

Auswirkungen des Beschlusses sollen überprüft werden

Das Institut des Bewertungsausschusses soll mit der Evaluation des Abrechnungsverhaltens, insbesondere der Mehrfachabrechnung der behandlungsfalldefinierten Gebührenordnungspositionen, beauftragt werden. Dies wurde ebenfalls in Form einer Protokollnotiz festgehalten. Auf der Datengrundlage aus 2016 sollen bis spätestens Ende des Jahres 2018 Ergebnisse vorgelegt werden. Ziel ist es, auf Basis dieser Untersuchung den Beschluss zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Hinweise zum Inkrafttreten und zur Veröffentlichung

Die Änderungen treten zum 1. Oktober 2015 in Kraft. Der Beschluss und die entscheidungserheblichen Gründe befinden sich derzeit noch in der redaktionellen Endabstimmung. Sie erhalten diese daher in der Entwurfsform. Sobald die Dokumente finalisiert sind, werden wir Ihnen diese zur Verfügung stellen. Beide Dokumente werden dann auch auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses sowie im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. ..“

Rechtsprechung:

Urteile zu GKV-Abrechnungen und Behandlungen

1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung
2. Behandlungen – Einzelfälle
3. Urteile zum IGeL und zu Methoden der Alternativen Medizin im GKV-Bereich
4. Praxisführung

1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung

► Unzulässige Forderung von Zuzahlungen bei ambulanten OPs bei gesetzlich Versicherten

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Chirurg hatte seinen Patienten vor den OPs per Formular erklärt, dass zusätzliche Sach- und Personalkosten anfielen, die von der GKV nicht übernommen werden. Der Chirurg verlangte daher, dass der Patient vor der OP die Kostenübernahme der GKV vorlegt oder erklärt, er trage die Kosten selbst. Die zuständige KÄV forderte den Arzt auf, bei GKV-Versicherten auf eine Zuzahlung zu verzichten, was vom Arzt abgelehnt wurde. Daraufhin wurde ein Disziplinarverfahren gegen den Chirurgen eingeleitet mit der Folge, dass eine Verwarnung gemäß § 81 Abs.5 S.2 u.3 SGB V ausgesprochen wurde. Von den Gerichten wurde die Auffassung der KÄV bestätigt, denn der Arzt hat durch die Forderung von Zuzahlungen schuldhaft gegen die aus seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung folgenden Verpflichtungen verstoßen. Nach der gesetzlichen Vorstellung soll den Versicherten der GKV die gesamte Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden. Die Ärzte erhalten die Vergütung für ihre Tätigkeit von den Krankenkassen als Leistungsträgern der GKV. Die Vertragsärzte unterliegen der Pflicht zur Behandlung der GKV-Versicherten. Zuzahlungen der Versicherten an die Leistungserbringer (Ärzte) widersprechen dem gesetzlich vorgegebenen Naturalleistungssystem, abgesehen von den im SGB V geregelten Ausnahmen. Den Versicherten sollen finanzielle Kosten grundsätzlich nur bei den Beiträgen entstehen. Machen daher Ärzte Behandlungen von Zuzahlungen der Versicherten abhängig, so verstoßen sie gegen ein zentrales Prinzip der GKV und handeln gegen ihre Pflicht, ärztliche Leistungen nur nach den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen. Auch die vermeintlich unzureichende Honorierung einer Einzelleistung gibt dem Arzt nicht das Recht, eine Zuzahlung zu verlangen. Entscheidend ist nämlich, dass der Vertragsarzt insgesamt Anspruch auf eine leistungsgerechte Teilhabe an der Gesamtvergütung hat.

Aktenzeichen: BSG, 14.03.2001, AZ: B 6 KA 36/00 R

Entscheidungsjahr: 2001

► Fristüberschreitung bei Honorarabrechnung

Einer Ärztin wurde nach einer Quartalsabrechnung von der KV ein erheblicher Teil des Honorars abgezogen. Die Ärztin wehrte sich gegen den Abzug mit der Begründung, sie hätte zwar die richtige Zahl der Behandlungsfälle, nicht aber die richtige Menge an erbrachten Leistungen eingereicht. Die Ärztin konnte einen EDV-Fehler bei der Abrechnung nachweisen; sie reichte bei der KV eine neue Abrechnung ein. Die KV machte nunmehr eine Fristüberschreitung geltend. Um eine zügige und zeitgerechte Verteilung der Gesamtvergütung zu garantieren, dürfen die KVen in den Honorarverteilungsverträgen Ausschlussfristen vereinbaren, wonach eine Fristüberschreitung mit Honorarabzügen sanktioniert wird. Diese Regelung ist durch § 85 Abs. 4 SGB V gedeckt (dazu auch BSG, 22.06.2005, AZ: B 6 KA 19/04 R). In dem oben angeführten Fall war aber für die KV ersichtlich, dass die Abrechnung der Ärztin von vornherein objektiv unzutreffend war. Die Abrechnungssumme betrug nur ca. ein Viertel der Summen aus vorherigen Quartalen. Die Fehlerhaftigkeit drängte sich geradezu auf; es lag daher eine sog. Nicht-Abrechnung vor. Zum anderen lag ein nicht vermeidbarer EDV-Fehler vor. Das Überschreiten der Abrechnungsfrist war daher als unschädlich anzusehen. Die Ärztin hatte somit das Recht zur Nachbesserung, bzw. zur Einreichung einer ordnungsgemäßen Abrechnung.

Aktenzeichen: BSG, 29.08.2007, AZ: B 6 KA 29/06 R

Entscheidungsjahr: 2007

► Anspruch auf Behandlungskosten/Honorar, wenn GKV nicht besteht

Eine Mutter hatte ihre minderjährige Tochter zur Behandlung in eine Klinik eingeliefert. Irrtümlich ging sie davon aus, dass die Tochter über ihren Ehemann bei der AOK mitversichert sei. Erst nach der Behandlung stellte sich dieser Irrtum heraus. Da die Klinik und sowie die Mutter von einer Mitversicherung der Tochter ausgingen, fehlt dem Behandlungsvertrag, der zwischen dem Krankenhaus und der Mutter abgeschlossen wurde, die Geschäftsgrundlage. Die notwendige Anpassung des Vertrages führt

1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung

dazu, dass die Klinik die Vergütung nach den §§ 10 ff. BPflV von Mutter einfordern kann. Der BGH weist darauf hin, dass es grundsätzlich nicht die Aufgabe der Klinik ist, sich um den Versicherungsschutz von Patienten zu kümmern. Dieses Risiko trug allein die Mutter.

Aktenzeichen: BGH, 28.04.2005, AZ: III ZR 351/04

Entscheidungsjahr: 2005

► Keine Berechtigung, bei GKV-Versicherten einzelne Leistungen aus finanziellen Gründen nur als Privatbehandlung anzubieten

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Praktischer Arzt hatte seiner KV mitgeteilt, dass er seine für physikalisch-medizinische Leistungen vorhandenen Geräte nicht mehr für GKV-Versicherte einsetzen werde; mangels Kostendeckung werde er diese Leistungen nur noch privatärztlich erbringen. Die KV wies den Arzt auf die rechtliche Unzulässigkeit des Vorgehens hin. Der Arzt blieb bei seiner Auffassung. Die KV leitete ein Disziplinarverfahren ein und sprach in der Folge einen Verweis nach § 81 Abs.5 SGB V aus. Die Gerichte bestätigten die rechtliche Sicht der KV. Mit seinem Vorgehen hat der Arzt gegen seine Verpflichtung verstoßen, seine vertragsärztlichen Leistungen nach den allg. Bestimmungen zu erbringen. Ein Vertragsarzt darf zudem von einem GKV-Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Dies muss dann vom Versicherten schriftlich bestätigt werden. Nach der gesetzlichen Vorstellung soll den Versicherten der GKV die gesamte Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden. Die Ärzte erhalten die Vergütung für ihre Tätigkeit von den Krankenkassen als Leistungsträgern der GKV. Die Vertragsärzte unterliegen der Pflicht zur Behandlung der GKV-Versicherten. Zuzahlungen der Versicherten an die Leistungserbringer (Ärzte) widersprechen dem gesetzlich vorgegebenen Naturalleistungssystem, abgesehen von den im SGB V geregelten Ausnahmen. Den Versicherten sollen finanzielle Kosten grundsätzlich nur bei den Beiträgen entstehen. Machen daher Ärzte Behandlungen von Zuzahlungen der Versicherten abhängig, so verstoßen sie gegen ein zentrales Prinzip der GKV und handeln gegen ihre Pflicht, ärztliche Leistungen nur nach den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung zu erbringen.

Aktenzeichen: BSG, 14.03.2001, AZ: B 6 KA 67/00 R

Entscheidungsjahr: 2001

► Abrechnung von Einmalartikeln als Sachkosten gegenüber der KV

Einmalartikel können auch dann als Sachkosten gegenüber der KV abgerechnet werden, wenn sie als Ersatz für Artikel zur Anwendung kommen, die von der Abrechnung ausgeschlossen sind. Dies gilt dann nicht, wenn die Verwendung ausdrücklich durch die EBM – Ziffer abgegolten ist oder nach dem EBM die gesonderte Abrechnung ausgeschlossen ist. Nach Auffassung des Gerichts konnte daher ein Chirurg Einmal-Abdeckungen bei ambulanten Operationen als Sachkosten gegenüber der KV abrechnen.

Aktenzeichen: LSG Nordrhein-Westfalen, 16.01.2008, AZ: L 11 KA 44/06

Entscheidungsjahr: 2008

► Angabe von Diagnosen

Zwingendes Abrechnungserfordernis ist die Angabe von Diagnosen auf den Behandlungs- und Abrechnungsausweisen. Nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen aufzuzeichnen und zu übermitteln. Eine Ausnahme für Ärzte für Labormedizin ist nicht ersichtlich. Auch für Ärzte für Labormedizin macht die Angabe der Diagnose Sinn. Die Diagnose ist Bestandteil einer ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung des Arztes und daher in den Abrechnungsnachweisen des Vertragsarztes anzugeben. Die Kenntnis der Diagnose ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich. Eine hinreichende Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung des Vertragsarztes setzt die vollständige, die Diagnose einschließende Leistungsbeschreibung des Vertragsarztes voraus. Weiterhin ermöglicht die Angabe der Diagnose der Krankenkasse die Prüfung ihrer Leistungspflicht. Schließlich ist die Angabe der Diagnose für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlich. Die Angabe allein der Gebührenpositionen oder der Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungen reicht dazu nicht aus. Mit solchen Angaben wird nur aufgezeigt, dass eine Behandlung der bezeichneten Art überhaupt erfolgt ist, nicht zugleich aber, ob die ergriffenen Maßnahmen auch den gesetzlichen Vorgaben für eine vorschriftsmäßige ärztliche Versorgung genügt haben (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.1994 – 6 RKA 37/92).

Aktenzeichen: SG Marburg, 20.03.2013, AZ: S 12 KA 83/12

Entscheidungsjahr: 2013

► **Indikationsfremde Anwendung von Arzneimitteln**

Ist ein Medikament nach dem Arzneimittelrecht zugelassen, ist damit zugleich der Mindeststandard einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung erfüllt. Grundsätzlich beschränkt sich die Leistungspflicht der KV auf die zugelassenen Anwendungsgebiete eines Arzneimittels.

Aber: die indikationsfremde Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln zählt dann zur Leistungspflicht einer KV, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit des Patienten anders nicht wirksam behandelt werden kann.

Aktenzeichen: SG Düsseldorf, 22.11.2002, AZ: S 4 KR 332/01

Entscheidungsjahr: 2002

► **Kassenarzt – kein Anspruch auf Vergütung jeder einzelnen Leistung**

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG hat der einzelne Kassenarzt keinen subjektiven Rechtsanspruch auf Vergütung jeder einzelnen Leistung in einer bestimmten Höhe.

Aus den Vorschriften der § 72 Abs 2, § 85 Abs 3 SGB 5 lässt sich ein Anspruch dieser Art nicht ableiten. Des Weiteren muss das vertragsärztliche Honorar nicht notwendig für jede Einzelleistung kostendeckend sein.

Aktenzeichen: BSG, 11.03.2009, AZ: 6 KA 31/08

Entscheidungsjahr: 2009

► **Persönliche Leistungserbringung des Vertragsarztes**

Gemäß § 32 Abs.1 S.1 Ärzte-ZV hat ein Vertragsarzt seine ärztliche Tätigkeit grundsätzlich persönlich auszuüben; vgl. auch § 15 Abs.1 S.1 BMV-Ä.

Aber auch ärztliche Leistungen von genehmigten Assistenten gelten als persönliche Leistungen des Vertragsarztes, wenn sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können.

Bei der Tätigkeit von Weiterbildungsassistenten ist diese Zurechnung nicht ohne weiteres möglich, da die Ausbildung des Assistenten noch nicht abgeschlossen ist. Erforderlich ist daher eine Überwachung und Anleitung der Tätigkeit durch den Vertragsarzt.

Aktenzeichen: BSG, 17.03.2010, AZ: B 6 KA 13/09

Entscheidungsjahr: 2010

2. Behandlungen – Einzelfälle

► **Leitlinien**

Bei einer ärztlichen Behandlung kann dann ein Behandlungsfehler angenommen werden, wenn der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehende medizinische Standard nicht eingehalten wurde. Der medizinische Standard wird geprägt durch den Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung zur Erreichung des Behandlungsziels.

Der BGH hat nochmals klargestellt: Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien / Verbände können nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten; sie können allenfalls Hinweise geben.

Aktenzeichen: BGH, 15.04.2014, AZ: VI ZR 382/12

Entscheidungsjahr: 2014

Hauptbereich: Medizinischer Standard / Leitlinien / Richtlinien

Unterbereich: Leitlinien

► **Kostenerstattung eines GKV-Patienten für eine PET-Untersuchung**

1. Versicherte haben nach § 27 Abs.1 S.1 SGB V gegenüber dem Krankenversicherer einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese medizinisch notwendig ist. Dieser Anspruch besteht in der GKV nicht im unbegrenzten Maße. Nach § 135 Abs.2 S.1 SGB dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nach einem bestimmten Verfahren Empfehlungen abgegeben hat. Für eine Diagnostik mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) liegt eine positive Empfehlung des Ausschusses nicht vor; die PET zählt damit nicht zum Leistungsinhalt der GKV. Verfassungsrechtliche Grundsätze, insbesondere das Sozialstaatsprinzip, führen aber dazu, dass eine GKV auch Leistungen zu übernehmen hat, die nicht im Katalog aufgeführt sind. GKV-Versicherte haben einen Anspruch auf Diagnostik mit Hilfe der PET, wenn die herkömmlichen Untersuchungsverfahren keine Ergebnisse zeigen. Voraussetzung ist nach der Rechtsprechung des BVerfG, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliegt.

2. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 06.12.2005 Leitlinien aufgestellt, wann Leistungserweiterungen des Leistungskatalogs der GKV vorzunehmen sind. Folgende Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein: – es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor – bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard

2. Behandlungen – Einzelfälle

entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung – bezüglich der beim Versicherten angewandte neue Behandlungsmethode besteht eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Aktenzeichen: 1. LSG Schleswig-Holstein, 21.05.2008, AZ: L 5 KR 81/06 2. BVerfG, 06.12.2005, AZ: 1 BvR 347/98

Entscheidungsjahr: 2008

► Augenlidstraffung

Der Patient hatte keinen Anspruch auf Krankenbehandlung zur Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Form der (beidseitigen) Augenlidstraffungsoperation, weil diese nicht „notwendig“ im Sinne der genannten Vorschriften war.

Eine Korrektur der Augenlider (Blepharoplastik) ist in der Regel eine kosmetische Operation, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Denn hängende Augenlider (Schlupflider) oder Augenbrauen (Brauentopis) sind eine natürliche Folge des Alterns der Haut. Nur wenn – ausnahmsweise – die hängenden Oberlider/Brauen zu einer Beeinträchtigung beim Sehen führen, kann eine „Erkrankung“ vorliegen, die eine Leistungspflicht der Krankenkasse auslöst.

Es handelte sich nur um eine kosmetische Operation, deren Kosten eine GKV nicht zu übernehmen hat. Versicherte haben keinen Leistungsanspruch auf Heilbehandlung in Form körperlicher Eingriffe, wenn diese Maßnahme nicht durch Fehlfunktionen oder durch Entstellung, also nicht durch einen regelwidrigen Körperzustand veranlasst werden (vgl. BSG, Urteil 19.10.2004, AZ: B 1 KR 3/03 R ; LSG Bayern, Urteil vom 29.01.2008, AZ: L 5 KR 381/07).

Aktenzeichen: SG Aachen, 10.09.2013, AZ: S 13 KR 42/13

Entscheidungsjahr: 2013

► Off-Label-Use: Keine Kostenersatzung von Immunglobulinen bei atypischen Gesichtsschmerz

Arzneimittel sind mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dann nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr. 1 und 3, 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V umfasst, wenn ihnen die erforderliche arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt. Dies ist hier der Fall: Die Immunglobulinpräparate Sandoglobulin® und Flebogamma® sind zwar u.a. als Substitutionstherapie bei primären Immundefektkrankheiten, zur Behandlung von AIDS bei Kindern und rezidivierenden Infektionen als Arzneimittel zugelassen. Die Arzneimittelzulassung erstreckt sich jedoch nicht auf die Behandlung der diagnostizierten funktionellen Störung im Immunsystem im Sinne eines chronischen idiopathischen Schmerzsyndroms.

Fraglich ist aber, ob eine Kostenübernahme/-ersatzung bzw. Versorgung mit diesen Immunglobulinpräparaten nach den Grundsätzen des sogenannten Off-Label-Use zu erfolgen hat.

Ein Off-Label-Use kommt nach der Rechtsprechung des BSG nur in Betracht, wenn es 1. um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht, wenn 2. keine andere Therapie verfügbar ist und wenn 3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Abzustellen ist dabei auf die bereits im Zeitpunkt bzw. Zeitraum der Behandlung vorliegenden Erkenntnisse.

Wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wiederholt ausgeführt hat, hätte bei der Patientin auch eine Schmerztherapie mit zugelassenen Arzneimitteln durchgeführt werden können; es sind bislang nicht sämtliche zur Verfügung stehenden zugelassenen Arzneimittel bei der Patientin angewendet worden. Damit liegt insoweit eine andere Behandlungsmöglichkeit im Sinne der Linderung von Beschwerden (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V) vor.

Das LSG geht weiter davon aus, dass nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse weder im Jahr 2001 noch heute die begründete Aussicht bestanden hat bzw. besteht, dass mit Immunglobulinen ein Behandlungserfolg der Schmerzsymptomatik erzielt werden kann. Von hinreichenden Erfolgsaussichten ist nach der Rechtsprechung des BSG zum Off-Label-Use nur dann auszugehen, wenn Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das (konkrete) Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden kann.

Aktenzeichen: LSG Thüringen; 21.04.2009, AZ: L 6 KR 253/04

Entscheidungsjahr: 2009

► Keine Kostenübernahme von GKV für Liposuktion (Fettabsaugung)

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die Kosten für eine Liposuktion ihrer an einem Lipödem erkrankten Versicherten nicht übernehmen. Die Patientin leidet seit Jugendjahren an sog. Lipödem (einer schmerzhaften Häufung von Fettgewebe) an den Beinen. Die durchgeführte Ernährungsumstellung in Kombination mit manuellen Lymphdrainagen und Sport hatte zu keiner Linderung der

Beschwerden geführt, so dass die Patientin schließlich eine ambulante Liposuktion durchführen ließ. Die Krankenkasse weigerte sich, die Kosten hierfür zu erstatten. Das Sozialgericht Mainz bestätigte nun im Anschluss an ein Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz und des Bundessozialgerichts die Entscheidung der Krankenkasse. Bei der Liposuktion handelt es sich um eine sog. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die im ambulanten Bereich nur erbracht werden darf, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine positive Empfehlung abgeben hat. Dies ist bei der Liposuktion nicht der Fall. Die Patientin konnte sich auch nicht auf einen besonderen Ausnahmefall berufen, in welchem trotz fehlender positiver Empfehlung die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden darf. Ein solcher Ausnahmefall setzt u.a. voraus, dass es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung handelt. Einen solchen Schweregrad erreichen die Lipödeme jedoch nicht.

Aktenzeichen: LSG Baden-Württemberg, 27.04.2012, AZ: L 4 KR 595/11

Entscheidungsjahr: 2012

► Risikoauflklärung kann bei Routine-Impfungen schriftlich erfolgen

Eine rein schriftliche Patientenaufklärung bei einer Impfung, die den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) folgt, ist ausnahmsweise ausreichend. Dies bestätigte das Oberlandesgericht (OLG) Zweibrücken und folgt damit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, die in bestimmten Fällen Ausnahmen zulässt zu der gemäß § 630e BGB bestehenden ärztlichen Pflicht, Patienten mündlich über mögliche Risiken aufzuklären. Allerdings müsse dem Patienten auch bei einer schriftlichen Aufklärung zumindest die Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben werden. Im vorliegenden Fall hatte ein Hausarzt bei einer Impfung gegen Influenza dem Patienten zur Aufklärung ein Merkblatt ausgehändigt. In Folge der Behandlung trug der Patient eine schwere Behinderung davon und wurde berufsunfähig.

Aktenzeichen: OLG Zweibrücken, 31.02.2013, AZ: 5 U 43/11

Entscheidungsjahr: 2013

3. Urteile zu Methoden der Alternativen Medizin im GKV-Bereich

► Kein Anspruch auf ambulante Hyperthermie bei sekundärem Mammakarzinom im finalen Stadium

Das Gericht führt dazu aus (Auszüge): Ein Anspruch scheitert daran, dass für die Hyperthermie als neuer Behandlungsmethode für die Krebserkrankung der Klägerin im konkreten Stadium gem. § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V ein negatives Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses bestanden hatte. Etwas anderes ergibt sich im Ergebnis auch nicht aus einem verfassungsrechtlich begründeten grundrechtsorientierten Leistungsanspruch. Nach dem „Nikolausbeschluss“ des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98) ist es mit den Grundrechten aus Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn nach medizinischer Einschätzung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (vgl zur mittlerweile erfolgten gesetzgeberischen Umsetzung dieser Grundsätze in § 2 Abs. 1a SGB V).

Insoweit folgt der Senat den zutreffenden Einschätzungen des MDK und insbesondere den Feststellungen und Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen. Danach stand für die Behandlung der Tumorerkrankung der Versicherten in dem seit Oktober 2010 bestehenden fortgeschrittenen Stadium zwar keine anerkannte Methode der Heilung zur Verfügung; zur medizinisch anerkannten palliativen Behandlung des bösartigen sekundären Mammakarzinoms stand die Chemotherapie mit begleitender, lindernder und unterstützender Medikation und Therapie sowie die psycho-onkologische Begleitung zur Gebote. Dem gegenüber bestanden und stehen für die strittige Hyperthermie keine medizinisch ausreichend gesicherten Erkenntnisse zur Verfügung, dass diese bei dem bereits im Skelettsystem mehrfach metastasierenden bösartigen sekundären Mammakarzinom der Versicherten eine Aussicht auf Heilung oder auf palliative, den Krankheitsverlauf entschleunigende Wirkung sowie auf die Lebensqualität positive Beeinflussung hätte bieten können. Es handelt sich vielmehr um eine experimentelle Behandlung. Dem schließt sich der Senat an.

Aktenzeichen: Bayerisches LSG, 10.03.2015, AZ: L 5 KR52/15

Entscheidungsjahr: 2015

3. Urteile zu Methoden der Alternativen Medizin im GKV-Bereich

► **Kostenerstattung für Ganzkörper-Hyperthermiebehandlung bei CUP-Syndrom**

Eine Versicherte mit CUP-Syndrom, einer Krebserkrankung bei unbekanntem Primärtumor, bei dem es innerhalb kürzester Zeit trotz Chemotherapie und experimenteller Antikörpertherapie zu einer fortschreitenden Metastasierung in Leber, Lunge, Milz, Bauchspeicheldrüse, Magen, Magenwand und Lymphknoten gekommen war, hat einen Primärleistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung auf Kostenerstattung für eine Ganzkörper-Hyperthermiebehandlung nach der Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung (vgl. BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98).

Aktenzeichen: LSG Niedersachsen-Bremen, 18.12.2014, AZ: L 1 KR 21/13

Entscheidungsjahr: 2014

► **Kein Anspruch auf Kostenübernahme wegen stationärer Behandlung einer Liposuktion**

Die Liposuktion bei Lipödem entspricht derzeit nicht dem auch für stationäre Krankenhausbehandlungen maßgeblichen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Fehlt mithin ein wissenschaftlicher Beleg der Wirksamkeit der Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems, so kommt auch im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung jedenfalls derzeit die Erbringung einer Liposuktion zur Behandlung eines Lipödems zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht (ebenso LSG Nordrhein-Westfalen 16.01.2014 – L 16 KR 558/13, a.A. Hessisches LSG 05.02.2013 – L 1 KR 391/12).

Aktenzeichen: LSG Rheinland-Pfalz, 05.02.2015, AZ: L 5 KR 228/13

Entscheidungsjahr: 2015

► **Keine Ermächtigung eines Vertragsarztes zur Behandlung der chronischen Migräne mit Botulinum-Toxin.**

Einem Vertragsarzt kann die Ermächtigung für die Behandlung der chronischen Migräne mit Botulinum-Toxin durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung nicht erteilt werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss den Wirkstoff Botox zur Behandlung von Migräne nicht zugelassen hat und die Voraussetzungen für eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 35c SGB 5 nicht vorliegen. (zitiert nach juris)

Aktenzeichen: SG Karlsruhe, 21.10.2014, AZ: S 4 KA 1446/13

Entscheidungsjahr: 2014

► **Kopforthesenbehandlung (Helmtherapie)**

Die Kopforthesenbehandlung (Helmtherapie) ist als neue Behandlungsmethode nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Es liegt keine positive Empfehlung des G-BA vor. Die Voraussetzungen eines sog. Systemversagens sind nicht erfüllt. Eine GKV hat die Kosten einer Behandlung dieser Art nicht zu übernehmen.

Aktenzeichen: LSG Nordrhein-Westfalen, 09.05.2012, AZ: L 11 KR 14/12 B

Entscheidungsjahr: 2012

► **Anthroposophische Therapie**

Behandlung GKV-Patient – keine Kostenübernahme durch GKV für rhythmische Massage der anthroposophischen Alternativmedizin

Die Rhythmische Massage der Anthroposophischen Medizin stellt ein „neues“ Heilmittel i. S. des § 138 SGB V dar, auf das erst dann ein Behandlungsanspruch des Versicherten besteht, wenn es von dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Form einer Richtlinie nach § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V positiv bewertet worden ist. Dafür genügt eine reine Binnenanerkennung des Heilmittels innerhalb der Besonderen Therapierichtung nicht.

Aktenzeichen: LSG Hessen, 24.11.2011, AZ: L 8 KR 93/10

Entscheidungsjahr: 2011

► **Ambulante Kunsttherapie**

Nach § 27 Abs.1 SGB V hat der gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese medizinisch notwendig ist. Die Behandlung bzw. Therapie muss rechtlich von den Leistungspflichten der gesetzlichen KV umfasst sein.

Bei der ambulanten Kunsttherapie handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode. Zu dieser Therapie hat der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Empfehlung abgegeben, weder in positiver noch in negativer Hinsicht. Eine Leistungspflicht der KV besteht auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass der Bundesausschuss keine Entscheidung getroffen hat, obwohl alle Voraussetzungen seit längerer Zeit gegeben sind; sog. Systemversagen. Dies ist in diesem Fall nicht gegeben.

Eine gesetzliche KV hat daher die Kosten für eine ambulante Kunsttherapie nicht zu übernehmen. Im konkreten Fall lag auch keine notstandsähnliche Krankheitssituation vor, da die Patientin nicht lebensbedrohlich erkrankt war.

Aktenzeichen: SG Aachen, 11.08.2011, AZ: S 2 KR 103/11

Entscheidungsjahr: 2011

► Elektroakupunktur nach Voll

Keine Kostenerstattung für Elektroakupunktur nach Voll durch GKV

Behandlung und Diagnostik nach der EAV sind keine Leistungen der GKV. § 135Abs.1 SGB V schließt die Leistungspflicht einer GKV für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange aus, bis diese vom GBA als zweckmäßig anerkannt ist. Die EAV ist aber vielmehr vom GBA in den Katalog der Leistungen aufgeführt, die nicht von den Vertragsärzten verordnet werden dürfen.

Aktenzeichen: BSG, 09.11.2006, AZ: B 10 KR 3/06

Entscheidungsjahr: 2006

► Thermotherapie

Laserinduzierte Interstitielle Thermotherapie (LITT)

In einer weiteren Entscheidung vom Nov. 2006 ging es um die Erstattung von Kosten für eine Laserinduzierte Interstitielle Thermotherapie (LITT), einem Verfahren zur Zerstörung von Tumoren bzw. Metastasen. Da der Sachverhalt nicht ausreichend aufgeklärt war, wurde das Verfahren an die untere Instanz (Landessozialgericht) zurück verwiesen.

Wichtig ist aber der Hinweis des Bundessozialgerichtes: der Nachweis der hinreichenden Erfolgsaussicht einer Außenseitermethode ist in der Regel dann nicht mehr möglich, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zu dem Ergebnis gelangt ist, dass nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ein diagnostischer oder therapeutischer Nutzen nicht gesichert ist, und der Ausschuss eine negative Beurteilung abgegeben hat.

Aktenzeichen: Bundessozialgericht, Urteil vom 07.11.2006, AZ: B 1 KR 24/06 R)

Entscheidungsjahr: 2006

► Kostenerstattungsansprüche verneint

Verneint wurden vom BSG aber die Kostenerstattungsansprüche von Versicherten gegenüber der GKV in folgenden Fällen:

1. Für die ambulant vorgenommene interstitielle **Brachytherapie mit Permanent-Seeds bei einem Prostata-Karzinom im Anfangsstadium.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 04.04.2006, AZ: B 1 KR 12/05 R

2. Für eine besondere Zuckerform (**D-Ribose**) bei **Myoadenylat-Deaminase-Mangel.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 04.04.2006, AZ: B 1 KR 12/04 R

3. Für die **zulassungsüberschreitende Anwendung eines Arzneimittels (Ilomedin R) zur Behandlung einer schweren pulmonalen Hypertonie.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 26.09.2006 AZ: B 1 KR 1/06 R

4. Für die **neuropsychologische Therapie bei kognitiven Defiziten nach einer Subarachnoidalblutung.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 26.08.2006, AZ: B 1 KR 3/06 R

5. Für die **zulassungsüberschreitende Anwendung von Cabaseril R bei schwer ausgeprägtem Restless-Legs-Syndrom mit Suizidgefahr.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 26.09.2006, AZ: B 1 KR 14/06 R

6. Für die **Versorgung mit einem nicht in Deutschland und europaweit zugelassenen Arzneimittel (Mnesis R) zur Behandlung einer Kardiomyopathie bei Friedreich'scher Ataxie.**

Aktenzeichen: BSG, Urteil 14.12.2006, AZ: B 1 KR 12/06 R

Für alle Urteile Entscheidungsjahr: 2006

► Thymuspeptid-Behandlung

Anwendung von Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mitteln sowie einer Bioresonanztherapie

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit einer Entscheidung am 06.12.2005 eine neue Dimension bei den Leistungen der GKV eröffnet.

Bei dem zu entscheidenden Fall ging es um eine neue Behandlungsmethode (sog. Außenseitermethode), die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses noch nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM enthalten ist.

4. Praxisführung

Bei der Entscheidung ging es um einen Patienten, der an der Duchenne'schen Muskeldystrophie litt; die Lebenserwartung ist bei dieser Erkrankung stark eingeschränkt. Der Patient war bereits längere Zeit in Behandlung; bei ihm wurde eine Therapie angewandt, die in der Anwendung von Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mitteln sowie einer Bioresonanztherapie bestand. Die Behandlung wurde von mehreren Ärzten positiv beurteilt. Die gesetzliche Krankenkasse lehnte aber eine Übernahme der Kosten ab; vor allem mit der Begründung, dass der Therapieerfolg der angewandten Methoden wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei.

Das BVerfG führte in seiner Entscheidung dazu aus: Ein Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung lassen sich verfassungsrechtlich nicht herleiten, jedoch sind Leistungsbegrenzungen der Kassen darauf zu prüfen, ob sie im Rahmen des Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip gerechtfertigt sind. Zu beachten ist in solchen Fällen auch Art. 2 Abs. 2 S. 1 Grundgesetz, der das Leben und die körperliche Unversehrtheit schützt. Es ist daher mit Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, wenn ein Patient, der an einer lebensbedrohlichen oder sogar tödlichen Erkrankung leidet, für die es eine schulmedizinische Behandlung nicht gibt, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Kasse ausgeschlossen werde und daher die Kosten privat bezahlen müsse.

Eine Kostentragungspflicht der GKV besteht aber nur dann, wenn die strittige Behandlung eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verspricht. Dabei müssen zumindest Indizien vorhanden sein, die diese Aussicht stützen.

Hinweise auf einen solchen Zusammenhang können sich aus dem Gesundheitszustand des Patienten im Vergleich mit dem Zustand anderer Patienten ergeben, die in gleicher Weise erkrankt sind. Von Bedeutung ist auch die fachliche Einschätzung der Wirksamkeit der Methode durch die behandelnden Ärzte.

Das BVerfG hat mit seiner Entscheidung nicht die Regelungen des SGB V in Frage gestellt, es mahnt nur die verfassungskonforme Auslegung durch die Gerichte an.

Aktenzeichen: Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 06.12.2005, AZ: 1 BvR 347/98)

Entscheidungsjahr: 2005

► Bioresonanztherapie

GKV – Keine Kostenübernahme für Bioresonanztherapie

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen die Bioresonanztherapie gehört, dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat.

Dabei hat der Bundesausschuss entgegen einem häufig anzutreffenden Missverständnis nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht.

Die Bioresonanztherapie hat der GBA mangels überzeugender wissenschaftlicher Nachweise eines diagnostischen oder therapeutischen Nutzens durch Beschluss von der Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

Aktenzeichen: BSG, 19.02.2003, AZ: 1 KR 18/01

Entscheidungsjahr: 2003

4. Praxisführung

► Nachvertragliches Wettbewerbsverbot in Gemeinschaftspraxisvertrag

Hinsichtlich der Wirksamkeit eines vereinbarten Wettbewerbsverbotes kommt es häufig zu Streitigkeiten. In einem neueren Urteil des OLG Düsseldorf sind die Voraussetzungen für ein Wettbewerbsverbot in einem Gemeinschaftspraxisvertrag nochmals zusammengefasst worden.

Mit einem nachvertraglichem Wettbewerbsverbot soll einem ausscheidenden Arzt im Falle der Fortführung der Praxis die erneute Niederlassung in einem geschützten Bereich untersagt werden. Für ein solches Verbot ist eine sachliche Rechtfertigung erforderlich; zudem muss es in zeitlicher, örtlicher und inhaltlicher Hinsicht auf das notwendige Maß beschränkt werden. Ein Wettbewerbsverbot, dass diese Bedingungen nicht erfüllt, ist sittenwidrig und daher nichtig.

Die sachliche Rechtfertigung liegt in der Regel in einer Abfindung für den ausscheidenden Arzt; Beispiel: 12,5% des Durchschnitts der Jahresumsätze der Gemeinschaftspraxis in den letzten beiden Jahren vor dem Ausscheiden. Als zeitliche Höchstgrenze werden von der Rechtsprechung zwei Jahre angesehen; nur in Ausnahmefällen ist ein längerer Zeitraum zulässig.

In inhaltlicher Hinsicht muss auf den Gesellschaftszweck der Gemeinschaftspraxis abgestellt werden. Entscheidend sind dabei die fachärztliche Ausrichtung der Praxis und eventuell auch die möglichen Schwerpunkte der Praxis.

Wettbewerbsverbote dürfen nicht dazu führen, dass ein ausscheidender Arzt als Wettbewerber gänzlich ausgeschaltet wird.

Ein Verbot ist daher unzulässig, das sich auf den gesamten vertragsärztlichen Planungsbereich bezieht; eine solche Regelung bedeutet nämlich für einen Vertragsarzt praktisch ein Berufsverbot, da bei gespernten Fachbereichen ein Wechsel des Planungsbereiches nicht ohne Schwierigkeiten erfolgen kann. In dem zu entscheidenden Fall ging es um eine Klausel, die dem ausscheidenden Arzt untersagte, sich in dem Bezirk der KV als Arzt in freier Praxis zur Ausübung privat- und/ oder kassenärztlicher Tätigkeit niederzulassen. Diese Klausel hat das Oberlandesgericht als zu weitgehend angesehen, da neben einer privatärztlichen Tätigkeit auch jede andere freiberufliche Tätigkeit, sogar als Allgemeinarzt, erfasst ist.

Aktenzeichen: OLG Düsseldorf, Urteil 19.03.2007, AZ: I – 9 U 46/07

Entscheidungsjahr: 2007

► Partnerschaftsgesellschaften von Anwälten mit Ärzten und Apothekern erlaubt

Die Regelung in der Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO), dass Anwälte mit Ärzten und Apothekern keine gemeinsamen Gesellschaften gründen dürfen, verstößt gegen die Berufsfreiheit und ist damit verfassungswidrig. So entschied das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) höchstrichterlich und gibt damit den Weg frei für anwaltliche Allianzen jenseits der derzeit Zulässigen, d.h. mit Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern. Zwar dürfe die BRAO die Sozietätsfreiheit einschränken, um anwaltliche Grundpflichten wie die Verschwiegenheit zu gewährleisten. Ein Verbot sei jedoch im Falle von Zusammenschlüssen mit Ärzten und Apothekern nicht notwendig, da auch diese Berufsgruppen zur Verschwiegenheit verpflichtet seien.

Aktenzeichen: BVerfG, 12.01.2016, AZ: 1 BvL 6/13

Entscheidungsjahr: 2016

► Praxisverkauf: Abgebender Arzt muss mindestens drei Jahre beim Käufer angestellt bleiben

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass Ärzte, die ihre Praxis durch Zulassungsverzicht zugunsten einer Anstellung abgeben möchten, künftig grundsätzlich drei Jahre lang beim Praxiskäufer angestellt sein müssen, bevor sie sich um eine Neuzulassung bemühen. Durch diese Rechtspraxis solle verhindert werden, dass das sog. Nachbesetzungsverfahren ausgehebelt werde, bei welchem der Zulassungsausschuss im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung den am besten geeigneten Bewerber als Nachfolger auswählt. Ein reiner Zulassungsverkauf, durch den unliebsame Mitbewerber ausgeschlossen werden sollen, ist somit erheblich erschwert worden. Allerdings seien unter bestimmten Voraussetzungen eine kürze als eine dreijährige Angestelltentätigkeit möglich: wenn der Arzt nach seiner Praxisübergabe erkrankt oder aus „zwingenden Gründen seine Berufs- oder Lebensplanung ändern“ muss. Außerdem stehe es altersbedingt einem abgebenden Arzt frei, die Stelle um ein Viertel pro Jahr zu reduzieren.

Aktenzeichen: BSG, 04.05.2016, AZ: B 6 KA 21/25 R

Entscheidungsjahr: 2016

► Kein Recht auf Löschung aus einem ärztlichen Bewertungsportal

Ein Arzt, dessen persönliche und berufsständische Daten auf einem medizinischen Internetportal geführt werden, auf dem registrierte Nutzer zudem die Möglichkeit haben, den Arzt zu bewerten, hat weder ein Recht auf Löschung seines Eintrags noch auf Unterlassung der Veröffentlichung seiner Berufs- und Kontaktdaten. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Arztes wiege nicht schwerer als das Recht des Portalbetreibers auf Kommunikationsfreiheit, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) höchstrichterlich. Allerdings dürfe der Arzt den potentiellen Gefahren eines Bewertungsportals nicht schutzlos ausgeliefert sein. Dafür sei es z.B. notwendig, dass Ärzte sich mittels eines benutzerfreundlichen Mechanismus direkt an den Portalbetreiber wenden können, um unzulässige Bewertungen entfernen zu lassen.

Aktenzeichen: BGH, 23.09.2014, AZ: VI ZR 358/13

Entscheidungsjahr: 2014

► Entzug der Approbation wegen veruntreuter Forschungsmittel

Seine Approbation zurückgeben muss ein Klinikarzt, der sich heimlich von der Pharmaindustrie einen Betriebsausflug finanzieren lässt und zudem zweckgebundene Forschungsgelder für seine Geburtstagsfeier verwendet. Ein derartiges Fehlverhalten zerrütete das Vertrauen der Öffentlichkeit, weshalb der Arzt unwürdig sei, seinen Beruf weiter auszuüben, bestätigte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG).

Aktenzeichen: BVerfG, 18.08.2011, AZ: 3 B 6.11

Entscheidungsjahr: 2011

4. Praxisführung

► Unterschiedliche Verjährungsfristen für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat höchstrichterlich entschieden, dass auf Behandlungsfehler begründete Schadensersatzansprüche zu einem anderen Zeitpunkt verjähren können als solche wegen mangelnder Aufklärung. Obwohl es in beiden Fällen das Ziel sei, Patienten für im Laufe einer medizinischen Behandlung aufgetretene gesundheitliche Nachteile zu entschädigen, handele es sich um unterschiedliche Pflichtverletzungen, welche zu verschiedenen Verjährungsfristen führen könnten. So beginnt die Verjährungsfrist für Ansprüche aufgrund von Aufklärungsfehlern bei Kenntnis einer versäumten Risikoaufklärung; während die Frist für die Geltendmachung von Ansprüchen wegen Behandlungsfehlern gem. §199 Abs. 1 Nr. 2 BGB nicht allein bei Kenntnis einer missglückten Therapie zu laufen beginnt, sondern erst dann, wenn dem Patient klar sein muss, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler die Ursache des negativen Ausgangs der medizinischen Behandlung war.

Aktenzeichen: BGH, 08.11.2016, AZ: VI ZR 594/15

Entscheidungsjahr: 2016

► Keine Erstattungspflicht bei in Deutschland verbotenen Behandlungen

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass auch im Fall eines europaweiten privaten Krankenversicherungsschutzes Kosten für Heilbehandlungen nur dann erstattet werden müssen, wenn diese in Deutschland auch erlaubt sind. Im vorliegenden Fall hatte eine Versicherte im Ausland eine In-Vitro-Fertilisation mit gespendeten Eizellen an sich vornehmen lassen - eine Behandlung, die in Deutschland gegen das Embryonenschutzgesetz (ESchG) verstößt. Ihre Krankenversicherung lehnte deswegen die Erstattung der Behandlungskosten in Höhe von 11.000 Euro ab. Der BGH bestätigte die Auffassung, dass der Umfang des Versicherungsschutzes durch das deutsche Recht - einschließlich des ESchG - bestimmt würden. Aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit sei eine Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit gerechtfertigt.

Aktenzeichen: BGH, 14.06.2017, AZ: IV ZR 141/16

Entscheidungsjahr: 2017

► Medizinische Zwangsbehandlung bedarf eng gefasster gesetzlicher Grundlagen

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat höchstrichterlich entschieden, dass die medizinische Zwangsbehandlung nicht einsichtsfähiger Patienten nur als ultima ratio und unter engen verfassungsrechtlichen Grenzen zulässig ist. Es gelten die selben Maßstäbe wie im Maßregelvollzug psychisch kranker Straftäter. So müsse zuvor versucht werden, die vertrauensvolle Zustimmung des Patienten zu erreichen. Der Nutzen der Behandlung müsse zudem klar erkennbar, die Behandlung als solche erfolgversprechend und verhältnismäßig sein sowie von einem Arzt angeordnet und überwacht werden. Landesgesetze, die diesen hohen Anforderungen nicht gerecht werden, verstoßen gegen Verfassungsrecht und sind nichtig. Außer beim Maßregelvollzug psychisch Kranker kommen Zwangsbehandlungen in Betracht bei uneinsichtigen Patienten mit schwer ansteckenden Krankheiten oder bei Menschen, die aufgrund psychischer Faktoren die Notwendigkeit einer Behandlung nicht erkennen können.

Aktenzeichen: BVerfG, 19.07.2017, AZ: 2 BvR 2003/14

Entscheidungsjahr: 2017

Literatur

Hinweis: Leider waren bei Redaktionsschluss noch nicht alle Neuerscheinungen zum EBM 2018 auf dem Markt und in der Werbung.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – Band 1 und Band 2

Dienstausgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(unkommentiert, ohne Stichwortverzeichnis),
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, Stand 2016

Hermanns, P.M.

EBM 2018 – Praxiskommentar für alle Fachgruppen

8. Auflage - Springer Verlag, Heidelberg 2018 – 9. Auflage 2019 erscheint zum Jahresanfang

Köhler, A. – Hess, R.

Kölner Kommentar zum EBM

Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes – 13. Ergänzungslieferung – Stand 1.10.2017
– Loseblattwerk mit begleitender CD-ROM
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2017 (Loseblattwerk)

Der Kommentar zu EBM und GOÄ

Begründet von Wezel, H. – Liebold, R.

8. Auflage (Loseblattwerk – 55. Lieferung), Stand 01. Juli 2018
Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin

Internet

EBM im Internet

KBV – Informationen zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab und mehr
<http://www.kbv.de/html/ebm.php>

Laborkompendium der KBV – dazu informiert die KBV:... „Das Laborkompendium enthält diesbezüglich eine Fülle von Informationen. Dazu gehören ergänzende Hinweise zu Legendierungen im Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ebenso wie Erläuterungen und Interpretationshilfen zu einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) sowie zu medizinisch sinnvoller und wirtschaftlicher Stufendiagnostik im Laborbereich. Das Kompendium gilt für die Beauftragung und Abrechnung aller Laborleistungen und hat Richtliniencharakter.

http://www.kbv.de/media/sp/Laborkompendium_final_web.pdf

Arztgruppen EBM

http://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php

KBV – Download des EBM als pdf- Datei

http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt__Stand_1._Quartal_2015.pdf

Kassenärztliche Vereinigungen in den Bundesländern

Neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bieten auch alle regionalen KVen Informationen zum EBM an. Ferner finden Sie über diesen Seiten alle Richtlinien (z.B. Früherkennung, Gesundheitsuntersuchung, Mutterschaftsvorsorge), die Grundlage einzelner Leistungspositionen im EBM sind.

Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer www.kv-ost.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

www.kbv.de

KV Baden-Württemberg

www.kvbawue.de

KV Bayern

www.kvb.de

KV Berlin

www.kvberlin.de

KV Brandenburg

www.kvbb.de

KV Bremen

www.kvhb.de

KV Hamburg

www.kvhh.de

KV Hessen

www.kvhessen.de

KV Mecklenburg-Vorpommern

www.kvmv.de

KV Niedersachsen

www.kvn.de

KV Nordrhein
KV Rheinland-Pfalz
KV Saarland
KV Sachsen
KV Sachsen-Anhalt
KV Schleswig-Holstein
KV Thüringen
KV Westfalen-Lippe

www.kvno.de
www.kv-rlp.de
www.kv-saar.de
www.kvs-sachsen.de
www.kvsa.de
www.kvsh.de
www.kv-thueringen.de
www.kvwl.de

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss: oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auf diesen Seiten sind die Richtlinien veröffentlicht, die der Gemeinsame Bundesausschuss laut gesetzlichem Auftrag „über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ beschließt (§ 92 SGB V).
<https://www.g-ba.de/>

Ärzttekammern

- Bundesärztekammer
<http://www.bundesaerztekammer.de/>
- Übersicht: Ärztekammern Adressen – Telefon/Fax – Internet
<http://medical-text.de/wichtige-links/aerztekammern.php>
- Ärztekammer Berlin
<https://www.aerztekammer-berlin.de/>
- Ärztekammer Bremen
<https://www.aekhb.de/>
- Ärztekammer des Saarlandes
<https://www.aerztekammer-saarland.de/>
- Ärztekammer Hamburg
<https://www.aerztekammer-hamburg.org/>
- Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
<http://www.aek-mv.de/>
- Ärztekammer Niedersachsen
<https://www.aekn.de/>
- Ärztekammer Nordrhein
<http://www.aekno.de/>
- Ärztekammer Sachsen-Anhalt
<http://www.aeksa.de/>
- Ärztekammer Schleswig-Holstein
<https://www.aeksh.de/>
- Ärztekammer Westfalen-Lippe
www.aekwl.de/
- Baden-Württemberg Landesärztekammer
<http://www.aerztekammer-bw.de/>
- Bayerische Landesärztekammer
<http://www.blaek.de/>
- Landesärztekammer Brandenburg
<https://www.laekb.de/>
- Landesärztekammer Hessen
<https://www.laekh.de/>
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
<http://www.laek-rlp.de/>
- Landesärztekammer Thüringen
<https://www.laek-thueringen.de/>
- Sächsische Landesärztekammer
<http://www.slaek.de/>

Bund: Ämter, Anstalten, Institute

- Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit
https://www.bvl.bund.de/DE/Home/homepage_node.html
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<https://www.baua.de/>
- Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BFEL)
<http://www.bfa-ernaehrung.de/>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
https://www.bfarm.de/DE/Home/home_node.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA
<https://www.bzga.de/>
- Robert-Koch-Institut -
Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten
Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren/nicht übertragbaren Krankheiten, Gesundheitsberichterstattung usw.
<https://www.rki.de>
- Statistisches Bundesamt
<https://www.destatis.de>
- Umweltbundesamt
<https://www.umweltbundesamt.de/>

Bund + Länder: Gesetze und Verordnungen

- Bundesanzeiger
<https://www.bundesanzeiger.de>
- Bundesgesetze und Verordnungen
<https://www.gesetze-im-internet.de/aktuell.html>

Leitlinien

National

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
- Leitlinien-In-Fo - Leitlinien-Informations- und Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq)
<http://www.aeqzq.de/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (Kooperation AWMF / BÄK / KBV)
<http://www.leitlinien.de/nvl/>

International

- Clinical Practice Guidelines (CPG) der Canadian Medical Association (CMA)
https://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) – USA
<https://www.ahrq.gov/>
- Guidelines International Network - G-I-N Internationaler Zusammenschluss von Leitlinien-Agenturen
<http://www.g-i-n.net/>
- National Guideline Clearinghouse (USA) sammelt und publiziert Leitlinien unterschiedlicher Organisationen
<https://www.guideline.gov/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) erarbeitet und publiziert in Schottland Leitlinien unter den Bedingungen des staatlichen Gesundheitswesens in UK <http://www.sign.ac.uk/guidelines/>

Patienten-Informationen

- „Patienten-Information“ des „Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq)“
<http://www.patienten-information.de/>

- Leitlinien-In-Fo - Leitlinien-Informationen- und Fortbildungsprogramm des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq)
<http://www.aezq.de/>

Recht und Soziales

- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz
http://www.bmju.de/DE/Startseite/Startseite_node.html
- Bundesministerium für Gesundheit
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>

Stichwortverzeichnis

13-C-Harnstoff-Atemtest 02400
 – analytische Auswertung 32315
 17-Ketosteroid-Fraktionierung,
 chromatographische Bestimmung 32313

A

Aachener Aphasietest (AAT) 16371, 20371
 ABO-Identitätstest (Bedside-Test) 02110
 ABO-Merkmale 32540
 Abdomen
 – CT 34341
 – MRT 34441
 – Röntgendiagnostik 34243
 – Sonographie 33042
 Abdrücke und Modelle 31941–31946
 Abdruckmaterial 15311
 Abduktionsschienenverband 02350
 Abklärungsdiagnostik 01753 f.
 Abort, operative Beendigung 08416
 Abrasio der Gebärmutterhöhle 31301
 Abruptio
 – medikamentös 01901, 01906
 – medizinische Indikation 01905
 – operativ 01904
 Abstrich-Untersuchung 32726
 Abszessbehandlung 07340, 18340
 Abszesseröffnung
 – Douglasraum 31301
 – paranephritisch 31271
 – peritonilär 09361
 – retropharyngeal 09361
 ACE (Angiotensin-I-Converting-Enzyme) 32240
 Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper 32509
 Acetylcholinesterase (AChE) im
 Fruchtwasser 32473
 ACTH (Corticotropin) 32412
 Addis-Count 32052
 Adenotomie 31231
 Adenoviren
 – Antigen 32789
 – Antikörper 32601
 Aderhauttumor, Koagulation 31321
 Adnextumor, Punktion 02341
 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung 01600
 AEP 04436, 21321
 Ätiocholanolon, chromatographische
 Bestimmung 32313
 Äußere Wendung 08413

AFP (Alpha-Fetoprotein) 32350
 Agarosegel-Elektrophorese 32465–32475
 AIDS – definierte Erkrankungen
 – Behandlung 30924
 Aktinomyzeten 32742
 Aktivierte T-Zellen
 – Differenzierung u. Quantifizierung 32525
 Akupunktur 30790 f.
 Akustisch evozierte Hirnpotenziale 09325, 14331,
 21321
 Albumin
 – Ligandenassay 32435
 – photometrisch 32435
 Albumin im Stuhl, qualitativ 32041
 Aldosteron 32385
 Alkalische Leukozytenphosphatase
 – Mikroskopische Untersuchung 32155
 Alkalische Phosphatase 32068
 Alkalische Phosphatase (AP), Isoenzyme
 der 32469
 Alkohol-Bestimmung in der Atemluft 32148
 Allergenspezifische Immunglobuline,
 Untersuchung auf 32427
 Allergie-Testung 30110
 Allergiediagnostik 30111
 Allergologiediagnostik Komplex 30110
 Allergologische Basisdiagnostik 13250, 13258
 Alloantikörper
 – Nachweis gegen Antigene des
 HPA-Systems 32948
 Alpha-1-Antitrypsin 32438
 – Phänotypisierung 32472
 Alpha-1-Fetoprotein, quantitative
 Bestimmung 01783
 Alpha-1-Makroglobulin 32439
 Alpha-1-Mikroglobulin 32437
 Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis 32136
 Alpha-1-Pi 32438
 Alpha-1-Proteinase-Inhibitor 32438
 Alpha-Amylase 32072
 Alpha-Fetoprotein (AFP) 32350
 Aluminium 32270
 AMA (Antimitochondriale Antikörper) 32494
 Ambulante spezialfachärztliche Versor-
 gung
 – Gebührenpositionen Tuberkulose und
 atypische Mykobakteriose 50100
 – Strukturpauschalen 51010 f.

- Psychotherapeutische Leistungen 51030, 51032 f.
- Gebührenpositionen onkologische Erkrankungen. 51040 f.
- Aminosäuren 32290, 32310
- chromatographische Bestimmung 32310
- Ammoniak 32233
- Amnioskopie 01784
- Amniozentese. 01781
- Amphetamin / Metamphetamin. 32140
- Amphetamine, Immunassay 32330
- Amplituden-modulierte Mittelfrequenz-therapie. 02511
- Amylase 32072
- Amylase-Clearance. 32072
- ANA (Antinukleäre Antikörper) 32490
- Anaerobiern, Differenzierung von strikten. 32763
- Analfistel, Einbringung von Fäden. 13257
- Analgesie
- Hirnnerven o. -ganglions 30720
- Spinalnerven 30724
- Analgesie / Sedierung 05341
- Analgetika
- Infusion. 30710
- Analtonometrie 26313
- Anamnese, biographische 35140
- Anästhesie
- retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre 36801
- Anästhesien 05320
- Aufwandserstattung 05230
- Beobachtung und Betreuung 05350, 05372
- Zuschlag 05331
- ANCA 32496
- Androstendion 32387
- Androsteron, chromatographische Bestimmung 32313
- Angiographie 34283
- Angiokardiographie. 34290
- bis zum 18. Lebensjahr. 34290
- Angiologie Zusatzpauschale 13300
- Angiologisch-diagnostischer Komplex . . . 13300
- Angiotensin-I-Converting Enzyme (ACE) . 32240
- Anorektale Austastung 13257
- Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase) 32561
- Anti-ds-DNS 32491
- Antiarrhythmika (Immunoassay) 32340
- Antibiogramm. 32770
- Antibiotika 32283
- Antibiotika (Immunassay). 32341
- Antidiuretisches Hormon (ADH), Vassopressin 32415
- Antiepileptika (Immunoassay). 32342
- Antiglobulintest (Coombs-Test) 32542
- Antihumanglobulin, monospezifisch . . . 32550
- Antikörper
- Acetylcholin-Rezeptor 32509
- Antimitochondriale (AMA). 32494
- Antinukleäre 32490
- Asialoglykoprotein-Rezeptor 32495
- Cardiolipin 32503
- CENP-B 32493
- gegen Belegzellen 32505
- gegen glatte Muskulatur 32497
- gegen Inselzellen 32500
- gegen Schilddrüsenperoxidase u./o. Thyreoglobulin 32502
- gegen Skelettmuskulatur 32499
- gegen Spermien 32506 f.
- gegen Thyreoglobulin. 32502
- gegen zyklisch citrulliniertes Peptid (Anti-CCP-AK). 32489
- gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (ANCA) 32496
- Gliadin 32479
- Glutaminsäuredecarboxylase (GADA) . . 32500
- Herzmuskel. 32498
- Histon. 32492
- Insulin 32501
- Jo-1- 32492
- Leberspezifische 32495
- Myeloperoxidase (p-ANCA). 32496
- Nachweis mittels Antiglobulintest. . . . 01807
- Nachweis neutralisierender Antikörper . 32642
- Antikörper
- Nachweis, quantitativ (Mutterschaftsvorsorge) 01809
- native Doppelstrang-DNS. 32491
- Phospholipid 32503
- Proteinase 3- (c-ANCA) 32496
- Scl-70 32492
- Sm 32492
- SS-A, SS-B 32492
- Thrombozyten 32504
- TSH-Rezeptor. 32508
- U1-RNP 32492
- Zellkern- o. zytoplasmatische Antigene . 32492
- Zentromerantigene 32493
- Antikörper-Differenzierung 32546
- mittels Antiglobulintest 01808
- im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01808
- Antikörper-Nachweis
- mittels Antiglobulintest 01807
- Antikörper-Suchtest 32545
- Mutterschaftsvorsorge 01807

- Antimitochondriale Antikörper (AMA) . . . 32494
 Antinukleäre Antikörper (ANA) 32490
 – Subformen 32505
 Antistaphylolysin - Bestimmung 32564
 Antistreptokinase 32563
 Antistreptokokken - Hyaluronidase 32562
 Antistreptolysin (ASL) 32130
 Antistreptolysin - Reaktion 32560
 Antithrombin III 32210
 Antroskopie 09361
 Anzüchtung
 – von Viren oder Rickettsien (Brutei) . . . 32794
 – von Viren, Rickettsien, Chlamydien
 (Zellkultur) 32793
 AP (Alkalische Phosphatase), Isoenzyme
 der 32469
 APC-Resistenz, APC-Ratio 32206
 Aphasie, Abklärung 09332, 20332
 Apherese bei rheumatoider Arthritis . . . 13621
 – Kinderarzt 04573
 aplasieinduzierende, u./o. toxizitätsadaptierte,
 antiproliferative Behandlung 04442
 Apolipoprotein A-I 32451
 Apolipoprotein B 32452
 Appendix, isolierte Darstellung 34245
 Applikation eines Intrauterinpeppers (IUP). 01830
 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 01620, 01622
 Argon-Plasma-Koagulation(en) . . 13424, 13664
 Arsen 32269
 Arteria subclaviae, sonographische
 Untersuchung 33060
 Arteria vertebrales, sonographische
 Untersuchung 33060
 Arterienpunktion, Blutentnahme durch . . 02330
 Arteriographie 34283, 34287
 Arthrographie 34235
 Arthroskopen 31141–31148
 Arzneimittel
 – chromatographische Bestimmung . . . 32305
 – chromatographischer Nachweis 32293
 – quantitative Bestimmung 32340–32346
 – quantitative Bestimmung eines 32055
 Arztbrief 01601 f.
 Asialoglykoprotein Rezeptor (ASGPR-
 Antikörper) 32495
 ASL (Antistreptolysin) 32130
 Aspergillus-Antikörper 32631
 Aszitespunktion 02341
 Atemgymnastik 30410 f.
 Atemtest
 – 13 C-Harnstoff 02400
 – 13 C-Harnstoff, analytische Auswertung 32315
 – H2 02401
 Atemwegswiderstands-Bestim-
 mung 04530, 13650
 Atherektomie 34286
 Ätiocholanolon, chromatographische
 Bestimmung 32313
 Atmungsbehandlung 30410
 Atmungsstörung, schlafbedingte
 obstruktive 30900
 Attest 01620
 Audioelektroenzephalographie . . 09325, 14331,
 20326, 21321
 Audiologische Testverfahren 20370
 Audiometrische Untersuchung
 – Hausarzt 03335
 – Kinderarzt 04335
 Aufarbeitung, durch Biopsie gewonnenen
 Materials 01757
 Aufsuchen eines Kranken
 – in Praxis eines anderen Arztes 05230
 Auge
 – Fremdkörperentfernung 06352
 – kleinchirurgische Eingriffe 06350
 – MRT 34420
 – primäre Wundversorgung 06350
 – Sonographie 33000
 Augen-OP-Eingriff
 – bei Säuglingen, Kleinkindern u. Kindern 06352
 Augenhintergrund
 – binokulare Untersuchung 06333
 – Fluoreszenzuntersuchung 06331
 Augenhöhle, Ausräumung 31321
 – Fremdkörperentfernung 31321
 – operative Ausräumung 31321
 – Tumorentfernung 31321
 Augeninnendruck, Messung 06310
 – operative Regulierung 31321
 Augenmuskel, Operation 31321
 Augenvorderkammer, Eröffnung 31321
 – Glaskörperentfernung 31321
 Ausscheidungsurographie 34255
 Ausstellung von Überweisungsscheinen und/oder
 Wiederholungsrezepten 01430, 01820
 Autogenes Training 35111
 Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern 32640
 Axilla
 – MRT-Untersuchung 34450
B
 B-Lymphozyten (Immunphänotypisierung) 32520
 Badekur
 – Verordnung und Leitung 01622
 Bakterielle Toxine
 – Untersuchung 32749

- Bakterien
- Empfindlichkeitstestung 32770
 - Gewebekultur. . . 32720, 32725, 32726, 32740
 - Identifizierung 32760
 - Keimzahlbestimmung. 32151
 - lichtmikroskopische Untersuchung . . . 32045
 - Metabolitprofil 32294
 - Nativuntersuchungen. 32700
 - Bakterien, Differenzierung gezüchteter B. mittels Antisera 32750
 - Bakterienantigene
 - Antikörper 32586
 - Direktnachweis (Agglutination, Immunpräzipitation) 32700
 - Nachweis durch Präzipitation. 32707
 - Nachweis mittels Ligandenassay 32707
 - qualitative Untersuchung des Nativmaterials 32707
 - qualitativer Nachweis von Antikörpern . 32585
 - quantitative Bestimmung 32641, 32585
 - Bakterientoxine
 - Nachweis durch Präzipitation. 32707
 - Nachweis mittels Ligandenassay 32707
 - Bakteriologische/Mykologische Untersuchung
 - kulturelle 32151
 - Bakteriologische Untersuchung
 - in vivo 32748
 - Bakteriologische Untersuchungen 32700–32770
 - Balneophototherapie 10350
 - Barbiturate 32141
 - Immunoassay. 32331
 - Basaliom
 - chemochirurgische Behandlung 02300, 10340
 - Strahlenbehandlung 17370
 - BASDAI Erhebung. 13701
 - Basisassessment, hausärztlich-geriatrisch 03360
 - Basisdiagnostik, allergologische
 - Internisten 13250, 13258
 - Basisdiagnostik, klinisch-neurologische 22230, 27311
 - Basiskomplex
 - Internisten 13250
 - Batroxobin-(Reptilase)-Zeit 32205
 - Bauchhöhle
 - endoskopische Untersuchung 31312
 - Punktion 02340, 02343
 - Beatmung, Zuschlag 01221
 - Becken
 - CT-Untersuchung 34342
 - MRT-Untersuchung 34442
 - Röntgenaufnahme(n) 34234
 - Röntgenteilaufnahme. 34237
 - Beckenbodenplastik 31301
 - Beckenendlage
 - Geburtsleitung 08411
 - Beckenkamm, Punktion 02341
 - Beckenübersicht 34234
 - Bedside-Test (ABO-Identitätstest) 02110
 - Befundbericht. 01601
 - Kostenpauschalen 40120
 - Befundübermittlung. 01430, 01820
 - Begleiterhebung (Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung) 01460 f.
 - Begleitung
 - eines Kranken zur stationären Behandlung. 01416
 - psychisch Kranker 01416
 - somatisch Kranker 01416
 - Begutachtung
 - humangenetisch 01622
 - Behandlung, spezielle schmerztherapeutische 30710, 30712, 30720–30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
 - Behandlungskomplexe, postoperative
 - Facharzt 31601–31731
 - Hausarzt 31600
 - Beinvenen, Thrombus-Expression 02300, 10340
 - Belastungs-EKG
 - Hausärzte. 03321
 - Internisten 13250 f.
 - Kinderärzte 04321
 - physikalisch rehabilitative Medizin . . 27321
 - Belastungsgrenze, Bescheinigung 01610
 - Bellocc-Tamponade 09310
 - Benzodiazepine. 32142, 32332
 - Immunoassay. 32332
 - Beobachtung und Betreuung . . . 01510–01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 05372
 - nach OP oder Diagnostik 05350
 - Zusatzpauschale n. Koronarangiografie. 01521
 - Zusatzpauschale n. diagn. Angiografie . 01530
 - Beratung(en)
 - Empfängnisregelung 01821 f.
 - Früherkennung des kolorektalen Karzinoms 01740
 - Früherkennungsuntersuchungen 01735
 - humangenetisch 08572
 - im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01815
 - künstliche Befruchtung 08520 f.
 - Neuropädiatrie 04430
 - Schmerztherapie 30708
 - Schwangerschaftsabbruch 01900
 - Sterilisation 01850
 - telefonisch 01435
 - Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

– Kinder- und Jugendpsychiatrie u
– psychotherapie 14220
– Neuropädiatrie 04430
– Psychiater 21220, 21222
– Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie 22221
Bereitschaftspauschale 01435
Bericht 01600
– Kurzzeittherapie, tiefenpsychologisch
fundiert 35130
– Langzeittherapie, tiefenpsychologisch
fundiert 35131
Berichtspflicht 01600
Bescheinigung, auf Verlangen der
Krankenkasse 01620
Bestimmung der Blutgruppe, Rh-Faktor,
Serumeigenschaften 01804
Bestimmung der Blutgruppenmerkmale
C, c, E und e 01806
Bestrahlung
– gut-/böartiger Erkrankungen mit
Telekobaltgerät, Strahlentherapie 25320
– mehr als 2 Felder, Zuschlag, Strahlen-
therapie 25322
– mit Linearbeschleuniger, bösartiger
Erkrankung 25321
Bestrahlungsplan
– CT-Untersuchung 34360
– MRT-Untersuchung 34460
Bestrahlungsplanung 25340–25342
Besuch
– bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen
U1/U2 01721
– dringend zw. 19 u. 22 Uhr, Sa, So u
Feiertag zw. 7 u. 19 Uhr 01411
– dringend zw. 22 u. 7 Uhr, Sa, So u
Feiertag zw. 19 u. 7 Uhr 01412
– dringend, Alten-/Pflegeheim 01415
– dringend, auf Belegstation 01412
– eines Kranken 01410
– eines weiteren Kranken 01413
– im organisierten Notfalldienst . . 01411, 01418
– in beschützenden Wohn-, Pflege-
o. Altenheimen 01413, 01415
Besuche durch Mitarbeiter/
Praxispersonal 38100–38207
Betreuung einer Schwangeren 01770
Betreuungskomplex, hausärztlich-
geriatrisch 03362
Beurteilung von Mammographieaufnahmen,
konsil. 01752
Beurteilung, humangenetische . . 01790–01792,
11230, 11233–11236

Bezugsperson, eingehende Unterweisung bei
psychisch krankem Kind 14222, 21220
– Unterweisung 21216
Bilio-pankreatisch-diagnostischer Komplex 13430
Bilio-pankreatisch-therapeutischer
Komplex 13431
Bilirubin direkt 32059
Bilirubin gesamt 32058
Bilirubin-Bestimmung (Fruchtwasser, Blut) 32250
Bindegewebsmassage 30400
Bindehaut
– Entfernung einer Geschwulst 06352
– Lösung Verwachsungen, Augenheilkunde 06351
– Naht 06352
– Thermo- oder Kryotherapie 06351
– Transplantation 31321
– Wundnaht 06352
Bindehautsack
– plastische Wiederherstellung 31321
Binokulare Untersuchung
– des gesamten Augenhintergrundes . . 06333
Biographische Anamnese 35140, 35142
Biometrie des Auges, Ultraschall, ... 33001
Biopsie, perbronchiale, Zuschlag, HNO . . 09316
Biopsiematerial, Untersuchung 32725
Bird-Respirator 02500
Blasendruckmessung 26313
Blasenentleerungsstörung neurogene,
apparative Untersuchung 26313
Blasensteinertrümmerung 31271
Blei 32271
Blinkreflexprüfung 04439, 14330, 21320
– Neurologen 16320
Blut im Stuhl
– Untersuchung auf, Krebsfrüherkennung 01737,
01738
– Untersuchung auf, kurativ 32040, 32457
Blutalkohol, chromatographische
Bestimmung 32313
Blutausstrich
– mikroskop. Differenzierung 32051
– Zuschlag bei nachfolgender mikrosk.
Differenzierung 32123
Blutbild 32120, 32122
Blutentnahme
– durch Arterienpunktion 02330
– Transabdominale 01782
Blutentnahme für Varizellazoster-Virus-Antikörper
– bei Empfängnisregelung 01828
Blutentnahme
– Transabdominale 01782
Blutgasbestimmung 32247
– im belegärztlichen Bereich 36884

– Internisten 13250, 13256, 13661
 – Kinderärzte 04536
 Blutgruppen- u. Rhesusfaktor, Bestimmung,
 Mutterschaftsvorsorge 01804
 Blutgruppenmerkmale, Nachweis
 – (AB0-System) u. Rhesus D 32540
 – Dweak, Duffy, Kell, Kidd. 32542
 – Lewis, M, N, P1, Rhesusformel 32541
 Blutgruppenserologische
 Untersuchungen 32540–32556
 Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit
 (BSG) 32042
 Blutkultur, aerob oder anaerob 32724
 Blutreinigungsverfahren, Kostenpauschalen
 für Sachkosten 40815
 Blutstatus, automatisierte Verfahren . . . 32122
 Blutstillung
 – Kolon 13423
 – Zuschlag zu Bronchoskopie, Pneumologie 13663
 Bluttamponade Harnblase, Ausräumung . 26320
 Blutungszeit 32110
 Blutuntersuchung, (an-)aerobe 32724
 Blutzuckertagesprofil, mehrfache
 Bestimmung, je Bestimmung 32057
 BNP u./od. NT-Pro-BNP (natriuretisches
 Peptid) 32097
 Bordetella pertussis u. Parapertussis . . 32829
 Bordetella pertussis-Antikörper 32585
 Borrelia burgdorferi-Antikörper 32586
 Borrelia-Antikörper 32662
 Borrelien, Untersuchung auf 32743
 Bougierung des Ösophagus. 09317, 13410
 Brachytherapie
 – interstitielle 25333
 – intrakavitäre vaginale 25332
 – Intrakavitäre / Intraluminal 25331
 Brief
 – ärztlicher 01601
 – Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124,
 40126
 – Kostenpauschalen elektronischer
 Brief 86900, 86901
 Bronchialer Provokationstest, Zuschlag. . 30122
 – Innere Medizin 13651
 – Kinder- u. Jugendmedizin 04532
 Bronchiallavagematerial-Untersuchung. . 32725
 Bronchialsekret 32721
 Bronco-alveoläre Lavage
 – HNO 09316
 – Zuschlag 09316, 13663
 Bronchoskopie
 – HNO 09315
 – Internist (Pneumologe) 13662

Brucella-Antikörper 32587
 Brustdrüse, Eingriff an der 31111–31118
 Brustorgane
 – Röntgendiagnostik 34240
 BSG (Blutkörperchensenkungsgeschwin-
 digkeit) 32042
 Buprenorphinhydrochlorid 32137
 13-C-Harnstoff-Atemtest 02400
 – analytische Auswertung 32315

C

C-reaktives Protein (CRP), quant. 32460
 C-Peptid 32365
 C1-Esterase-Inhibitor 32226
 CA 125 32390
 CA 15-3. 32391
 CA 19-9. 32392
 CA 50. 32393
 CA 72-4 (TAG 72) 32394
 Cadmium 32272
 Calcitonin (Immunoassay) 32410
 Calcium, im Harn 32265
 Calcium, quantitativ. 32082
 Calcium-Clearance 32197
 Campylobacter-Antikörper 32588
 Candida-Antikörper 32632
 Cannabinoide (Immunoassay) 32333
 Cannabinoide (THC). 32143
 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung
 – Aufklärung über Begleiterhebung. . . . 01460
 – Datenerfassung und Datenübermittlung 01461
 Cannabis-Verordnung
 – ärztliche Stellungnahme für Kranken-
 kasse 01626
 CAPD, CCPD (Peritonealdialyse). . . 04565, 13611
 – Kostenpauschalen 40815
 Carboxyhämoglobin. 32251
 Carcinoembryonales Antigen (CEA) . . . 32324
 Cardiolipin-Antikörper 32503
 Cardiolipin-Flockungstest. 32565
 Carnitin 32252
 Casoni-Hauttest. 30111
 CD4-Zellen (Immunphänotypisierung) . . 32522
 CD8-Zellen (Immunphänotypisierung) . . 32523
 CEA (Carcinoembryonales Antigen) . . . 32324
 CENP-B-Antikörper 32493
 Cerclage 31301
 ChE (Cholinesterase) 32078
 Check up, Gesundheitsuntersuchung. . . 01732
 Chemische o. thermische Elution von
 Erythrozytenantikörpern 32551
 Chemotaxis 32533
 Chirogymnastik 30420

- Chirotherapeutischer Eingriff 30200
 Chirurgie, kleine 02300–02360
 Chlamydia, trachomatis-DNA, -RNA 32826
 Chlamydiae trachomatis, Nachweis im Urin
 – Empfängnisregelung 01840
 – Mutterschaftsvorsorge 01816
 – Schwangerschaftsabbruch 01915
 Chlamydien 32839
 Chlamydien-Antikörper 32589, 32600
 Chlorid, quantitativ 32084
 Choanenverschluss, Operation 31231
 Cholangiographie 34250
 Cholesteatom-Operation 31231
 Cholesterin gesamt, quantitativ 32060
 Cholesterin, HDL 32061
 Cholesterin, LDL 32062
 Cholinesterase 32078
 Chorea Huntington, Untersuchung 11380
 Choriongonadotropin (Immunoassay) 32352
 Chorionzotten-Biopsie unter Ultraschall-
 sicht 01787
 Chrom 32273
 Chromatin-Bestimmung
 – im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01793
 – im Rahmen der Reproduktionsmedizin . 08573
 Chromatographische Bestimmungen,
 quantitative 32300–32313
 Chromosomen, spez. Darstellung,
 – Zuschlag zu Nr. 01838, Empfängnis-
 regelung 01839
 Chromosomenaberrationen
 – im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01793
 Chromosomenanalyse
 – im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01793
 – im Rahmen der Reproduktionsmedizin . 08573
 – Gynäkologie 08573 f.
 – Zuschlag zu Nr. 08573 für spez. Darstellung
 Strukturen einzelner Chromosomen . . 08574
 Chromozystoskopie 08311, 26310
 Chronaxie, Bestimmung . . 08310, 14330, 27331
 Chroniker-Richtlinie
 – Beratung 01735
 Chroniker-Zuschlag 03220 f., 04220 f.
 Chronische Erkrankung
 – Zuschlag Hausarzt 03220 f.
 – Zuschlag Kinderarzt 04220 f.
 – Zuschlag Medikationsplan . . . 03222, 04222
 Citronensäure/Citrat 32257
 CK - Isoenzyme 32470
 CK-MB 32092
 Clearance
 – Insulin 32196
 – nuklearmedizinische Bestimmung . . . 17340
 – Phosphat 32197
 CMV 32831
 – Nachweis 32784
 Coccidioides-Antikörper 32633
 Coeruloplasmin 32440
 Compliance, Bestimmung 04530, 13650
 Computertomographie (SPECT)
 – Einkopf 17362
 – Zwei- oder Mehrkopf 17363
 Condylomata acuminata
 – chemochirurgische Behandlung . 02300, 10340
 Coombs-Test
 – direkt 32543
 – indirekt 32545
 Corticosteron 32388
 Corticotropin (ACTH) 32412
 Cortisol 32367
 Corynebakterienfärbung nach Neisser . . 32175
 Coxiella burnetii-Antikörper 32590
 Cocksackieviren-Antikörper 32604
 Creatinkinase (CK) 32074
 Creatinkinase (CK), Isoenzyme der 32470
 CRP (C-reaktives Protein) 32460
 CT-Untersuchung
 – Abdomen 34341, 34360
 – Becken 34342
 – Bestrahlungsplan 34360
 – Extremitäten außer der Hand, des Fußes 34350
 – Gesichtsschädel 34320
 – Halsweichteile 34322
 – Hand, Fuß 34351
 – Nebennieren 34340
 – Neurocranium 34310
 – Oberbauch 34340
 – Schädelbasis 34321
 – Thorax 34330
 – Wirbelsäule 34311
 – Zuschlag intrathekale Kontrastmittelgabe 34312
 CTG 01786
 CW-Doppler-Sonographie
 – extrakranielle Gefäße 33060
 – extremitätenver- u./o entsorgende
 Gefäße 33061
 – Gefäße männliches Genitalsystem . . . 33062
 Cyclosporin 32374
 CYFRA 21-1 32400
 Cystatin C, quant. Bestimmung 32463
 Cysticercus-Antikörper 32635
 Cystische Fibrose, Untersuchung 11351 f.
 Cystotonomietriekatheter 08310, 26313
 Cytokeratin-19-Fragmente (CYFRA 21-1) . 32400
 Cytomegalievirus-Antigen 32784

Cytomegalievirus-Antikörper 32602 f.
Cytomegalievirus-IgM- Antikörper 32603

D

D-Dimer 32027
– Fibrinmonomere, Fibrin-u/o Fibrinogen-spaltprodukte 32212
D-Xylose-Test 32193
Damriss 08411, 31301
Dauerkatheter, transurethraler 02323
Dauertropfeninfusion 02100
Decubitalulcera, Behandlung . . . 02310, 07340, 18340
Defibrillation 01220, 13551
– Elektrostimulation des Herzens 13551
– Zuschlag 01222
Degenerative Erkrankungen Wirbelsäule, Diagn. u./o. Behandlung
– Zusatzpauschale 18331
Dehydroepiandrosteron (DHEA) 32369
Dehydroepiandrosteron, chromatographische Bestimmung 32313
Delegationsfähige Leistungen . . . 38100–38205
Delta-Amino-Lävlinsäure 32304
Demenzverdacht, Testverfahren . . . 03242, 16340
Dental-CT 34420
Depot-Kontrazeptivum
– Empfängnisregelung 01832
– Entfernung 01832
– wegen einer Krankheit 08331
Dermatochirurgischer Eingriff . . . 31101–31108
Desault-Verband 02350
Desensibilisierung 30130
Desoxycorticosteron (DOC), chromatographische Bestimmung 32313
Desoxycortisol, 11- 32389
Desoxynukleotidyl-Transferase, Terminale (TdT) 32161
Desoxypyridinolin 32308
DHEA (Dehydroepiandrosteron) 32369
Diabetes-Suchtest 32057
Diabetischer Fuß, Behandlung 02311
Dialyse
– hämo/ -peritoneal (IPD) 04564, 13610
– Kostenpauschalen für Sachkosten . . . 40815
– peritoneal (CAPD oder CCPD)
 ärztliche Betreuung 04565, 13611
– Zuschlag 04566, 13612
Dialysepflichtiger Pat., kontinuierliche Betreuung 13602
– Zusatzpauschale, Kinder- u. Jugendmedizin 04562
Diamorphingestützte Behandlung
Opiatabhängiger 01955
– Zuschlag 01952
Dichtegradienten- o. immunomagnetische Zellisolierung 32510
Dickdarm
– Röntgenkontrastuntersuchung 34251
– Röntgenkontrastuntersuchung beim Kind . 34252
Dienstunfähigkeitsbescheinigung 01620
Differenzierung eines Steins 32316
– mittels Infrarot-Spektographie 32317
Differenzierung von Bakterien . . . 32760–32765
Diffusionskapazität
– Bestimmung 04530, 13650
Digitale Ausräumung 13257
Digitoxin (Immunoassay) 32343
Digoxin 32323
Dihydrotestosteron 32401
Dihydroxy-Cholecalciferol 1,25 (Vitamin D3) 32421
Disk-Elektrophorese 32465–32475
Diskographie 34260
DNA u./o. RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex 32825
DNA- Hybridisierung
– im Rahmen der Empfängnisregelung . . . 01839
– im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . . 01793
– im Rahmen der Reproduktionsmedizin . . 08574
Doppelstrang-DNS Antikörper 32491
Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler) 13550, 33021 f.
– farbcodiert 33022
Doppler-Sonographie
– Extremitätenarterien, bidirektional . . . 33061
– Extremitätenvenen, biridektional 33061
– hirnversorgende Gefäße 33060
– Penisgefäße 33062
– Skrotalfächer 33062
– transkranial 33063
Douglas-Abszess, Eröffnung 31301
Douglaspunktion 02341
Drogen 32292
– chromatographische Bestimmung 32307
– quantitative Bestimmung 32330–32337
Drogensuchtest
– Amphetamin / Metampheramin 32140
– Barbiturate 32141
– Benzodiazepine 32142
– Cannabinoide (THC) 32143
– Kokain 32144
– Methadon 32145
– Opiate (Morphin) 32146
– Phencyclidin (PCP) 32147

- Druckmessung
 - Zusatzpauschale für Kinderkardiologie . . . 04410
 - Zuschlag 13545
- Dünndarm
 - Röntgendiagnostik 34248
 - Untersuchung mittels Kapselendoskopie 04528, 04529, 13425
- Dünndarm-Saugbiopsie
 - Innere Medizin 13420
 - Kinder- u. Jugendmedizin 04521
- Duodenalsaft, Ausheberung. 32246
- Duodenographie 34247
- Duodenoskopie 13400
- Duplex-Echokardiographie
 - abdominelle, retroperitoneale, mediastinale Gefäße 33073
 - extrakranielle Gefäße 33070
 - Extremitätenarterien u./o. -venen. . . . 33072
 - Farbduplex. 33022
 - fetales kardiovaskuläres System. . . . 01774
 - fetomaternales Gefäßsystem 01775
 - Gefäße des weiblichen Genitalsystems. . 33074
 - intrakranielle Gefäße 33071
 - Zuschlag, Innere Medizin 13545
- Duplex-Sonographie 33070
 - farbcodiert 33075
 - fetomaternales Gefäßsystem 01775
- Duplexkardiographie
 - Zusatzpauschale für Kinderkardiologie . 04410
- Durchflusszytometrie 32520–32527
- Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs 01904–01906
- Durchleuchtung(en). 34280 f.
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage Ösophagus-Stent 34501
- Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC 34500
- Durchzugsmanometrie d. Ösophagus. . . 13401
- Dweak, Untersuchung auf
 - Mutterschaftsvorsorge 01805
- Dys- und Paraproteinämie, Immin(fixations)-elektrophorese bei 32478
- Dysarthrie / Dysphagie Abklärung 09332, 20332
- E**
- EBV**
 - bei organtransplantierten Patienten. . . 32844
- EBV-EA-Antikörper 32605
- EBV-EBNA-Antikörper. 32606
- EBV-VCA-Antikörper 32607
- EBV-VCA-IgM-Antikörper 32608
- Echinococcus-Antikörper 32636
- Echokardiographische Untersuchung
 - Doppler-Echokardiographie. 33021
 - Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren. 33022
 - eindimensional 13550, 33021
 - M-Mode- und B Mode-Verfahren. . . . 33020
 - Zuschlag bei transösophagealer Durchführung. 33023
 - zweidimensional 33030 f.
- Echoviren-Antikörper 32609
- ECP(Eosonophiles kationisches Protein) . 32380
- EEG (Elektroenzephalographische Untersuchung)
 - in Kinder- u. Jugendmedizin 04434
- Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie 14320
- Neurologen 16310
- Psychiater 21310
- Eigenblutkonserve
 - Reinfusion 02112
- Eigenplasma
 - Reinfusion 02112
- Eileiter-Durchgängigkeitsprüfung, sonographische KM-Untersuchung 08341
- Einmal-Vakuumpumpe, Kosten 08412
- Einmalklosierungsnaedel(n), Kostenpauschale 40160
- Einschwemmkatheter-Untersuchung. . . . 13550
- Einzelinhalationstherapie m. Vernebler 02500 f.
- Eisen 32085
- Eisen im Harn. 32274
- Eisenfärbung 32159
- Eiweiß-Elektrophorese 32107
- EKG
 - Belastung. 03321
 - Langzeit 03322, 04322
 - Langzeit, Computergestützte Auswertung. 03241, 04241
 - Physikal. u. Rehabil. Medizin 27320
- Ektozervix, Entnahme von Zellmaterial . . 01825
- Ektropium, plastische Korrektur. 31321
- Elektrodefibrillation (Reanimation) 01222
- Elektroenzephalographische Untersuchung (EEG)
 - in Kinder- u. Jugendmedizin 04434
 - Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie 14320
 - Neurologen 16310
 - Psychiater 21310
- Elektroglottographie 20351
- Elektrokardiographische Untersuchung
 - Hausarzt 03321
 - Internist. 13250 f.
 - Kinderarzt. 04321
 - physikalisch rehabilitative Medizin . . . 27320

- Elektrokoagulation 02300
- Elektromyographische Untersuchung
- Kinder- und Jugendmedizin 04437
 - Neurologie, Neurochirurgie 16322
 - Physikalische und Rehabilitative Medizin 27331
- Elektro-neurographische Untersuchung
- Kinder- und Jugendmedizin 04437
 - Neurologie, Neurochirurgie 16322
 - Physikalische und Rehabilitative Medizin 27331
- Elektronystagmographie 14330, 21320
- Neurologie 16311
- Elektronystagmo-/Okulographie 04439
- Elektrookulographie 06312
- Elektrophoretische Trennung 32107
- Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen 32465–32475
- Elektrophysiologische Untersuchung . . . 06312
- Elektroretinographie 06312
- Elektrostimulation (Reanimation) 01222
- bei spastischen/schlaffen Lähmungen . 02512
 - Herzens 13551
- Elektrotherapie 02511
- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen 34297
- Emmert-Plastik 02302, 10342
- Empfängnisregelung 01820–01839
- Beratung im Rahmen der 01821 f.
- Enddarmbereich
- kryochirurgischer Eingriff 02300, 10340
- Endokrinologie, Zusatzpauschale 04580
- Endomysin (EMA) 32505
- Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie (ERCP) 34250
- Endoskopischer Gelenkeingriff . . . 31141–31148
- Endozervix, Entnahme v. Zellmaterial i.R.d. Chlamydienscreenings
- Empfängnisregelung 01825
- Entamoeba histolytica- Antikörper 32637
- Enteroviren-Antikörper 32610
- Entlastungspunkt des Pleuraraums . . . 02343
- Entnahme von Venenblut für Nachweis Varicella-Zoster-Virus-Antikörper
- i.R.d. Mutterschaftsvorsorge 01828
- Entwicklungsneurologische Untersuchung, orientierende 03350, 04351
- Entwicklungsstatus, vollständiger, Erhebung 04352
- Entwicklungstherapie, funktionelle 04242, 04243
- Eosinophiles kationisches Protein (ECP) . 32380
- Epikutan-Testung 30110
- Epilation 02300, 10340
- mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Trans-sexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen 02325–02328
- ERCP (Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie) 34250
- Ergospirometrische Untersuchung
- Innere Medizin 13560, 13660
 - Kinder- und Jugendmedizin . . . 04419, 04534
- Erreger aus Liquor 32834
- Erythemschwellenwert 10310
- Erythropoetin 32402
- Erythrozyten-Resistenzbestimmung, osmotische 32243
- Erythrozytenantikörper, Chemische o. thermische Elution 32551
- Erythrozytenantikörper
- Absorption von 32552
 - Elution 32551
 - Nachweis von 32543
 - quantitative Bestimmung 32554
- Erythrozytenzählung 32035
- Esterasereaktion, Mikroskopische Untersuchung 32156
- ESWL (Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie) 26330
- Evozierte Hirnpotentiale 06312
- Exogene Gifte chromatographische Bestimmung 32311
- Exploration, vertiefte 35141
- Exsudat-Untersuchung 32726
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) 26330
- extrakranielle Gefäße, CW-Doppler-Sonographie 33060
- Extraktion
- des Nachtstars 31321
 - eingepflanzte Linse 31321
 - Harnleitersteine 31271
 - luxierte Linse 31321
 - von Steinen 13431
 - Zahn, Zähne 15321 f.
- Extraocularer Eingriff 31321–31328
- Extremitäten
- CT-Untersuchung 34350
 - Eingriffe an den 31121
 - intramuskuläre Tumore, sonographische Untersuchung 33050
 - MRT-Untersuchung 34450
 - Röntgenaufnahmen 34233
- Extremitätenvenen, Sonographie 33076
- Extremitätenver- und entsorgende Gefäße CW-Doppler-Sonographie 33061
- Exzision, (peri-) orbitale von Haut, Schleimhaut 02302, 06351

- aus Gesicht m. Wundverschluss 02302, 10342
- großer Bezirk 10342
- Exzision, (Teil-)
- am Körperstamm bzw. Extremitäten 10343
- im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand 10344

F

Fachärztliche Grundversorgung, Pauschale („PFG“)

- Anästhesiologie 05220, 05222
- Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten 23216, 23218
- Augenheilkunde 06220, 06222
- Chirurgie 07220, 07222
- Endokrinologie 13344, 13346
- fachärztliche Internisten 13220, 13222
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 08220, 08222
- Gastroenterologie 13394, 13396
- Hämatologie/Onkologie 13494, 13496
- Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde 09220, 09222
- Hautärzte 10220, 10222
- Kinder- und Jugendpsychiater 14214, 14216
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 23216, 23218
- Nephrologie 13594, 13596
- Nervenärzte 21225, 21226
- Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie 21218
- Neurologie 16215, 16217
- Orthopädie / Unfallchirurgie 18220, 18222
- Phoniatrie und Päaudiologie 20220, 20222
- Physikalische Rehabilitative
- Medizin 27220, 27222
- Pneumologie 13644, 13646
- Psychiatrie und Psychotherapie 21218, 21219
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 22216, 22218
- Rheumatologie 13694, 13696
- Urologie 26220, 26222
- Fachinternistische Behandlung, Zusatzpauschale 13250
- Faktor II (Gerinnungssystem) 32213
- Faktor V (Gerinnungssystem) 32214
- Faktor VII (Gerinnungssystem) 32215
- Faktor VIII (Gerinnungssystem) 32216
- assoziiertes Protein 32217
- Faktor IX (Gerinnungssystem) 32218
- Faktor X (Gerinnungssystem) 32219
- Faktor XI (Gerinnungssystem) 32220
- Faktor XII (Gerinnungssystem) 32221
- Faktor XIII (Gerinnungssystem) 32222
- Faktor-V-Leiden-Mutation 32860
- Fallkonferenz, multidisziplinäre 01758
- Farbsinnprüfung 06210–06212, 50100

- Farbduplex, Zuschlag 33075
- Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien 32177
- Fernrohrbrillen, Bestimmung 06343
- Ferritin 32325
- Fersensporn, Behandlung 26330
- Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten 32046
- Fetales (HbF) o. freies Hämoglobin 32254
- Fibrinogenbestimmung 32116
- Fibrinolytische Therapie
- intermittierende 13310
- systemische 13311
- Fibrinomonomere 32212
- qualitativer Nachweis 32117
- Fixierender Verband 02350
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH)
- im Rahmen der Empfängnisregelung 01839
- im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 01793
- im Rahmen der Reproduktionsmedizin 08574
- Fluoreszenzangiographische Untersuchung am Augenhintergrund 06331
- Fluorid 32234
- Fluorochromenfärbung
- auf Mykobakterien 32177
- auf Pilze 32181
- Flussvolumenkurve 03330
- Follitropin (Immunoassay) 32353
- Folsäure 32372
- Fragiles X-Syndrom, Analyse/Untersuchung 11360
- Frakturen/Luxationen, Einrichtung von 31910, 31912, 31914
- freies PSA (Immunoassay) 32351
- Fremdanamnese 21216
- Fremdkörperentfernung
- Auge 06352
- Haut oder Schleimhaut 02301, 10341
- Kolon 13423
- Zusatzleistung, Kinder- u. Jugendmedizin 04520
- Zuschlag, HNO 09316
- Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese 01781
- Früherkennung
- Gesundheitsuntersuchung 01732
- Hautkrebs 01745
- Hautkrebs, Zuschlag 01746
- von Brustkrebs (Mammographie-Screening) 01750–01759
- von Krebserkrankungen 01730–01759
- Früherkennung, Kinder 01711
- Pulsoxymetrie-Screening 01702, 01703
- Zuschlag bei pathologischem Ergebnis 03352, 04354
- Zuschlag Laboruntersuchungen 01724, 01725,

- 01726, 01727
Früherkennungsuntersuchung bei der Frau 01730
– Beratung 01735
– Brüsteabstrichnahme 01730
Früherkennungsuntersuchung beim Mann 01731
Fructose 32231
FSH 32353
FSME-Virus-Antikörper 32611
ft3 32321
ft4 32320
FTA-ABS 32568
Funktionelle Entwicklung des Säuglings o.
Kleinkindes, Untersuchung 04350, 14312
Funktionelle Entwicklungstherapie 04242, 04243
– Einzelbehandlung, ... 14310
– Gruppenbehandlung 14311
Funktionsanalyse Kardioverter bzw.
Defibrillator oder CRT-P, CRT-D . . . 04413, 04415,
13573, 13575
– telemedizinisch . 04414, 04416, 13574, 13576
Funktionsdiagnostik
– Wirbelsäule 18331
Funktionsprüfung mit Belastung/Labor . . 32192,
32193, 32195, 32195
Funktionsstörungen der Hand, Diagnostik
u./o. orthop. Therapie
– Zusatzpauschale 18330
Furocumarin-Blacklight-Behandlung . . . 30431
Furunkel-Exzision 02301, 10341
Fuß
– CT-Untersuchung 34351
– MRT-Angiographie 34490
– MRT-Untersuchung 34451
– Röntgendiagnostik 34232
- G**
G6P-DH 32260
Gallenblase
– Leeraufnahme(n) 34245
– Röntgendiagnostik 34250
Gallensäuren 32245
Galvanisation 02511
Galvanokaustik o. Kürettament i. Kehlkopf 09362
Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase) 32071
Ganglionäre Opioid- Applikation 30723
Gangsysteme, Röntgenuntersuchung. . . 34260
Ganzkörperplethysmographische Untersuchung
– Innere Medizin 13650
– Kinderarzt. 04530
Ganzkörperstatus 13250, 27310
Ganzkörperszintigraphie, bei
Ganzkörperzusatz. 17311, 17312
Gastrin 32366
Gastrostomie, perkutane
– Innere Medizin 13412
– Kinderarzt. 04513
Geburt, Betreuung u. Leitung 08411
– bei Schnittentbindung 08415
– einer komplizierten 08412
Geburtshilfe. 08410, 08411, 08412, 08413,
08414, 08415, 08416
– Zuschlag zur Grundpauschale 08231
Geburtsleitung, Planung der 01780
Gefäßsystem, Eingriff am 31201–31208
Gelenke, Sehnen, Muskeln, Bursae-
Sonographie 33050
Genitalorgane, weibliche Sonographie, . . 33044
Geriatrische Diagnostik und Versorgung . 30980,
30981, 30984–30986, 30988
Gerinnungsuntersuchungen 32203–32228
Gesamt-IgE 32426
Gesamt-IgM beim Neugeborenen. 32131
Gesamt-Protein 32056
Gesamteiweiß 32056
Gesamteiweiß im Liquor oder Harn 32237
Geschwulstentfernung 02302, 10342
– Bindehaut, Augenheilkunde. 06352
Gesichtsweichteile, Sonographie 33011
Gestationsdiabetes, Screening i.R.d.
Mutterschaftsvorsorge
– Beratung und Vortest 01776
– Glukosebestimmung im venösen Plasma 01812
– Glukosetoleranztest. 01777
Gesundheitsuntersuchung 01732
– Laborpauschalen 32880–32882
Gewebegewinnung, transzervikale 01787
Giemsa-Färbung auf Protozoen. 32178
GLDH (Glutamat-Dehydrogenase). 32076
Gliadin-Antikörper 32479
Globulin, sexualhormonbindendes 32360
Glomeruläre Filtrationsrate (gFR) 13600
Glucose-6-Phosphat- Dehydrogenase . . . 32260
Glukose. 32025, 32057
Glutamat-Dehydrogenase (GLDH). 32076
Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT) 32069
Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT) . . 32070
Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper
(GADA) 32500
Gonokokken-Antikörper 32591
GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) 32069
GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) . . 32070
Gram-Färbung 32050
Granulationen, Entfernung vom Trommelfell
u./o. Paukenhöhle. 09361
Granulozyten-(PMN-)Elastase. 32453
Grauer Star, Operation 31321

Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	25323	– Zuschlag Medikationsplan	13497
Grundpauschale Kardiologie	13540	Grundpauschalen Haut- und Geschlechtskrankheiten	10210–10212
Grundpauschalen Allgemeine internistische Grundversorgung	13210–13212	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	10220, 10222
Grundpauschalen Anästhesiologie 05210–05212		– Zuschlag Medikationsplan	10227
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	05220, 05222	Grundpauschalen Humangenetik 11210–11212	
– Zuschlag Medikationsplan	05227	– für in-vitro-Diagnostik bei Probeeinsen- dungen	11301
Grundpauschalen Angiologie	13290–13292	– i.R.d. Mutterschaftsvorsorge, Empfängnis- regelung, Schwangerschaftsabbruch	01700 f.
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13294, 13296	Grundpauschalen Kardiologie.	13540–13542
– Zuschlag Medikationsplan	13297	Grundpauschalen Kinder-u. Jugendlichen- psychotherapeuten	23214
Grundpauschalen Ärztliche u. psy- chologische Psychotherapeuten	23210–23212	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	23216, 23218
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	23216, 23218	Grundpauschalen Kinder-u. Jugendpsy- chiatrie u. -psychotherapie	14210 f.
Grundpauschalen Augenheilkunde 06210–06212		– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	14214, 14216
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	06220, 06222	– Zuschlag Medikationsplan	14217
– Zuschlag Medikationsplan	06227	Grundpauschalen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.	15210–15212
Grundpauschalen Chirurgie.	07210–07212	Grundpauschalen Nephrologie und Dialyse	13590–13592
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	07220, 07222	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13594, 13596
– Zuschlag Medikationsplan	07227	– Zuschlag Medikationsplan	13597
Grundpauschalen Endokrinologie 13340–13342		Grundpauschalen Nervenheilkunde/ Neurologie und Psychiatrie	21213–21215
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13344, 13346	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	21218, 21225 f.
– Zuschlag Medikationsplan	13347	– Zuschlag Medikationsplan	21228
Grundpauschalen Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320 f.	Grundpauschalen Neurologie	16210–16212
Grundpauschalen fachärztliche Internisten	13210–13212	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	16215, 16217
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13220, 13222	– Zuschlag Medikationsplan	16218
– Zuschlag Medikationsplan	13227	Grundpauschalen Orthopädie/ Unfallchirurgie	18210–18212
Grundpauschalen Frauenheilkunde und Geburtshilfe	08210–08212	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	18220, 18222
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	08220, 08222	– Zuschlag Medikationsplan	18227
– Zuschlag Medikationsplan	08227	Grundpauschalen Phoniatrie und Pädaudiologie.	20210–20212
Grundpauschalen Gastroentero- logie	13390–13392	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	20220, 20222
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13394, 13396	– Zuschlag Medikationsplan	20227
– Zuschlag Medikationsplan	13397	Grundpauschalen Physikalische Rehabilitative Medizin	27210–27212
Grundpauschalen Hals-Nasen- Ohrenheilkunde.	09210–09212	– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	27220, 27222
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	09220, 09222	– Zuschlag Medikationsplan	27227
– Zuschlag Medikationsplan	09227	Grundpauschalen Pneumologie.	13640–13642
Grundpauschalen Hämatologie/ Onkologie.	13490–13492		
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13494, 13496		

– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13644, 13646
– Zuschlag Medikationsplan	13647
Grundpauschalen Probeeinsendungen	12220, 12225
Grundpauschalen Psychiatrie und Psychotherapie	21210–21212
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	21218 f.
– Zuschlag Medikationsplan	21227
Grundpauschalen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22210–22212
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	22216, 22218
– Zuschlag Medikationsplan	22219
Grundpauschalen Rheumatologie	13690–13692
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	13694, 13696
– Zuschlag Medikationsplan	13697
Grundpauschalen Urologie	26210–26212
– Zuschlag Grundversorgung („PFG“)	26220, 26222
– Zuschlag Medikationsplan	26227
Gruppenbehandlung	01101, 35112, 35503–35519, 35533–35539, 35543–35349
Gutachten, auf Verlangen der Krankenkasse	01622
Gynäkologischer Eingriff	31301–31308
– endoskopischer	31311–31318

H

H2-Atemtest	02401
Hämangiom	
– Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser	10322
– Therapie mittels Laser	10324
Hämatokrit	32039
Hämatologische Systemerkrankung	
– Zusatzpauschale	04441
Hämatologische Untersuchung	
– nuklearmedizinische	17350
Hämatome, sonographische Untersuchung	33050
Hämochromatose	32864
Hämodialyse	04564, 13610
– Kostenpauschalen	40815
Hämoglobin	32038
– fetales (HbF)	32254
Hämoglobine	
– chromatographische Bestimmung	32312
– elektrophoretische Trennung	32468
– glykierte	32094
Hämolsin, Nachweis	32553
Hämopexin	32442
Hämophilie A, Untersuchung	11400 f.
Hämorrhoiden	
– Entfernung mittels Ligatur	30611
– operative Entfernung	31173
– Sklerosierung	30610
Häusliche Krankenpflege	
– durch Hausärzte	01420
– Erstverordnung	01422
– Folgeverordnung	01424
– Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination	01420
Hagelkorn	
– Ausschälung eines	06352
Halsgefäße	
– MRT-Angiographie	34475
Halsorgane	
– Röntgendiagnostik	34212
Halsweichteile	
– CT-Untersuchung	34322
– MRT-Untersuchung	34422
– Sonographie	33011
Hand	
– Behandlung einer Funktionsstörung	07330
– CT-Untersuchung	34351
– MRT-Untersuchung	34451
– orthopädische Therapie einer Funktionsstörung	18330
– Röntgendiagnostik	34232
Haptoglobin	32441
Harn-Mikroskopie	32031
Harnblase	
– Ausräumung einer Bluttamponade	26320
– Druckmessung	08310, 26312
– Zystoskopie	08311, 26310
Harnblasenfistel, perkutane, Anlegung	02321
Harnblasenkatheter, suprapubisch	02321 f.
Harninkontinenz, apparative Untersuchung	08310, 26313
Harnleitersondierung, endoskopische	26321
Harnproteine	32466
Harnröhre, Kalibrierung/Bougierung	26340
Harnröhrenstriktur, Spaltung	26351
Harnsäure	32064
Harnsteine (ESWL)	26330
Harnstoff	32065
– Atemtest 13C	02400
– Kostenpauschale für den Bezug	40154
– Phosphat u/o Calcium-Clearance, ggf. inkl. Kreatinin-Clearance	32197
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungs-komplex	03362
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03360
Hausärztliches Gespräch	
– bei lebensverändernder Erkrankung	03230, 04230
Haut und Subkutis, Sonographie	33080

- Hautkrebs, Früherkennung 01745 f.
Hautveränderung, (Teil-)Exzision 10343 f.
HAV, Nachweis 32780
HAV-Antikörper 32612
HAV-IgM-Antikörper 32613
HbA1, HbA1c 32094
HBc-Antikörper 32614
HBc-IgM-Antikörper 32615
HBDH (Hydroxybutyratdehydrogenase) 32077
HBe-Antikörper 32616
HBeAg, Nachweis 32782
HBs-Antigen-Test 01810
HBs-Antikörper 32617
HBsAg, Nachweis 32781
HCG (Humanes Choriongonadotropin) 32352
HCV 32835
HCV-Antikörper 32618
HCV-Antikörper
– Immunoblot 32661
HDL-Cholesterin, quantitativ 32061
HDV-Antikörper 32619
HDV-IgM-Antikörper 32620
Hefen
– biochemische Differenzierung 32689
– orientierende Empfindlichkeitsprüfung 32691
Heidenhain-Färbung auf Protozoen 32185
Heißluft 02510
Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl 32706
Helminthen 32682
Heparin PF4-Komplex 32505
Hepatitis A-Virus (HAV) 32780
Hepatitis B-e-Antigen 32782
Hepatitis B-Oberflächenantigen 32781
Hepatitis B-Virus-DNA 32823
Hepatitis C-Virus-Genotyp 32827
Hepatitis C-Virus-RNA 32823
Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) 11440
Herpes-Simplex-Viren 32785
Herz -Transplantatträger, Behandlung 04420, 13561
Herzfunktionsdiagnostik
– nuklearmedizinische 17332
– nuklearmedizinisch, in Ruhe 17333
Herzkatheteruntersuchung
– Kostenpauschalen 40300, 40306
– mit Koronarangiographie 34291
– Kostenpauschalen 40300, 40306
Herzmassage, extrathorakale (Reanimation) 01220
Herzmuskel-Antikörper 32498
Heterologe Insemination 08530
HGH 32370
Hilfeleistungen, ärztliche angeordnete, ... 03062 f.
– Zuschlag 03064 f.
Hippursäure, chromatographische Bestimmung 32313
Hirngefäße
– MRT-Angiographie 34470
Hirnleistungstraining 30300
Histamin, chromatographische Bestimmung 32313
Histologie, Früherkennungskoloskopie 01743
Histologisch/zytologisch gesicherte Systemerkrankung
– Behandlung 04441
Histologisch/zytologische Untersuchung
– immunchemische Sonderverfahren 19320
– Sofortuntersuchung während OP, Zuschlag 19313
– Sonderverfahren, Zuschlag 19312
Histologische Untersuchung
– an morphologischem Untersuchungsgut 19332
– Brustkrebs 01756 f.
– eines Materials 19310
– § 20 Anl. 9.2. Bundesmantelvertrag 01756
Histon-Antikörper 32492
Histopathologische Untersuchung 19315
Histoplasma-Antikörper 32634
HIV, genotypische Untersuchung des HI-Virus 32821
HIV-1 o. HIV-2 Antikörper
– Immunoassay 32575
– Westernblot 32660
HIV-2 Antikörper
– Immunoassay 32576
HIV-Antigen 32783
HIV-Antikörper
– Immunoassay, Mutterschaftsvorsorge 01811
– Nachweis 32575
HIV-genotypische Untersuchung des HI-Virus 32821
HIV-infizierte Patienten, Behandlung von 30920, 30922, 30924
HIV-Resistenztestung, genotypische 32828
HIV-RNA 32824
HLA-B27, monoklaren genetischer Nachweis 32931
HLA-Klasse I- oder -II-Antigene
– Festphasenmethoden 32916, 32940
– Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT) 32915, 32939
– Spezifizierung der Antikörper 32917 f., 32941–32943
HLA-Merkmal, Nachweis 32932
Hochfrequenzstrom 02510
Hochtouriges Schleifen der Haut 02302, 10342
Homocystein 32318

Hörgerät

- erste Nachunters. n. Hörgeräteversorg.
b. Jugendl. o. Erw. 09373, 20373
- erste Nachunters. n. Hörgeräteversorg.
b. Säugl., Kleink. o. Kind. 20339
- Neuverordnung bei Jugendlichen oder
Erwachsenen 09372, 20372
- Neuverordnung beim Säugling, Kleinkind oder
Kind. 20338
- weitere Nachsorg. n. Hörgeräte-
versorg. b. Jugendl. o. Erw. 09374, 20374
- weitere Nachsorg. n. Hörgeräteversorg.
b. Säugl., Kleink. o. Kind 20340
- weitere Nachsorg. n. Hörgeräte-
versorg. b. Jugendl. o. Erw. 09374, 20374
- Hörgeräteanpassung u. Gebrauchsschulung
beim Säugling, Kleinkind, Kind oder
Jugendlichen 20340
- Hormondrüse / Hormonüber- oder
-unterfunktion, ... 13350
- Hornhaut
 - Fremdkörperentfernung 06352
 - Naht 06352
 - Operationen 31321
- Hornhautdicke des Auges, Messung 33002
- Hörschwellenbestimmung 09327, 20327
- Hörvermögen, sprachaudiometrische
Bestimmung 09321
- HPA-Antikörper Spezifizierung
 - Festphasenmethoden. 32949
- HPV-DNA, Nachweis mittels
Hybridisierung 32820
- HSV, Nachweis 32785
- HSV-Antikörper 32621
- Hüftgelenk
 - Röntgenkontrastuntersuchung 34235
- Humanalbumin 02110
- Humane Proteine (qualit. Nachweis mittels
Immunpräzipitation) 32430
- Humanes Choriongonadotropin (HCG) . . . 32352
- Humangenetische Abklärung 08570
- Humangenetische Beratung und
Begutachtung. 08572
- Humangenetische Beurteilung . . . 01835–01837
- Humangenetisches Gutachten 08571
- Hydroxy-Cholecalciferol (Immunoassay) . . 32413
- Hydroxy-Progesteron, 17-. 32368
- Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH) . . 32077
- Hypnose 35120
- Hyposensibilisierung 30130 f.
- Hysterosalpingographie. 34260

I

- ICA, GADA 32500
- ICSI (Intracytoplasmatische Spermien-
injektion) 08560 f.
- IgA, IgG, IgM im Liquor 32448
- IgA, quantitativ 32103
- IgE, gesamt 32426
- IGF-I, SM-C, IGFBP-3 32371
- IgG im Harn 32449
- IgG, quantitativ 32104
- IgM, gesamt beim Neugeborenen. 32131
- IgM, quantitativ 32105
- Immunelektrophorese 32478
- Immun-(fixations-)elektrophorese
 - bei Dys- u. Paraproteinämie 32478
- Immungenetische Untersuchungen 32901–32947
- Immunglobulin A 32103
- Immunglobulin A, G, M im Liquor 32448
- Immunglobulin D (IgD) 32445
- Immunglobulin G 32104
- Immunglobulin G im Harn. 32449
- Immunglobulin M 32105
- Immunglobuline, Untersuchung aus
allergenspezifische 32427
- Immunglobulinsubklasse, quantitative
Bestimmung 32462
- Immunhistochemischer Nachweis des
HER2-Rezeptors 19322
- Immunhistochemischer/Immunzytochemi-
scher Nachweis von Rezeptoren 19321
- Immunologische Systemerkrankung 04441
- Immunologische Untersuchung. . . 32426–32533
- Immunomagnetische Isolierung 32510
- Immunphänotypisierung 32520–32527
- Impedanzmessung 09323, 20323
- Impfungen 89100A ff.
- In-vitro-Diagnostik
 - konstitutioneller genetischer
Veränderungen 11401–11522
 - tumorgenetischer Veränderungen 19401–19456
- In-vitro-Fertilisation (IVF) 08550
- Inanspruchnahme, samstags 7–14 Uhr. . . 01102
- Inanspruchnahme, unvorhergesehen
 - 19–22 Uhr, Sa., So., und Feiertag
7–19 Uhr 01100
 - 22–7 Uhr, Sa., So., und Feiertag 19–7 Uhr 01101
- Induratio penis plastica 26330
- Infektionsimmunologische
Untersuchungen 32560–32664
- Infiltrationsanästhesie, Sterilisation beim
Mann 01853
- Infiltrationsbehandlung 02360
- Influenza A und B 32841

- Influenzaviren-Antigen 32786
 Influenzaviren-Antikörper 32622
 Infrarot-Spektrographie, Differenzierung
 eines Steins mittels 32317
 Infrarotbehandlung 02510
 Infusion von Analgetika, Lokalanästhetika 30710
 Infusionen 02100 f.
 – Hausärzte 02101
 Infusionstherapie
 – mit Antibiotika 02101
 – mit Antimykotika 02101
 – mit Virustatika 02101
 Inhalationstherapie 02500 f.
 Injektionen
 – intraart. 02331
 Insemination 08530 f.
 Insulin 32359
 Insulin-Antikörper 32501
 Insulin-like growth factor (IGF-I) 32371
 Interferenzstromtherapie 02511
 Interferon 32005
 Intermittierende Peritonealdialyse
 (IPD) 04564, 13610
 Interventionelle Maßnahmen, nicht vaskulär 34500
 Intestinale Funktionsdiagnostik
 – nuklearmedizinische 17351
 Intraarterielle Injektion 02331
 Intracytoplasmatische Spermieninjektion
 (ICSI) 08560 f.
 Intradermale Geschwulst Gesicht, Exzision 02302
 Intrakutan-Test 30111
 Intraocularer Eingriff 31331–31338
 Intraocularer Eingriff als Phakoemul-
 sifikation 31350, 36350
 – Narkosemanagement, patienten-
 adaptiert 31840, 36840
 Intrauterinpassar IUP
 – Empfängnisregelung bis vollendetes
 20. Lebensjahr 01830
 – wegen einer Krankheit 08330
 Intravitreale Medikamenteneingabe
 – Operation, ambulant 31371–31373
 – Operation, belegärztl. 36371–36373
 – Zusatzpauschale Augenarz. 06334 f.
 Intrinsic-Faktor 32505
 Intubation, endotracheale (Reanimation) . 01221
 Inulin-Clearance 32196
 Iontophorese 02511
 Isoelektrische Fokussierung 32465–32475
 Isoenzyme der Alkalischen Phosphatase
 (AP) 32469
 Isoenzyme der Creatinkinase (CK) 32470
 Isoenzyme der Lactatdehydrogenase (LDH) 32471
 IVF einschl. ICSI bis zum Ausbleiben der
 Zellteilung 08560 f.
J
 Jo-1-Antikörper 32492
 Jugendgesundheitsuntersuchung 01720
K
 Kahnbein, Röntgenuntersuchung 34232
 Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre . . 26340
 Kalium 32081
 Kälteagglutinine 32544
 Kampimetrie 06330
 Kappa-Ketten, freie 32446
 Kapselendoskopie 04528 f., 13425 f.
 Karbolfuchsinfärbung 32179
 Kardiasprengung 13410
 Kardiochirurgischer Eingriff 31181–31188
 Kardiologischer-diagnostischer Komplex . 13550
 – im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit . . 36882
 Kardiorespiratorische Polygraphie 30900
 Kardiorespiratorische Polysomnographie . 30901
 Kardiotokographische Untersuchung
 – extern 01786
 Katecholamine u./o. Metabolite 32300
 Kauterisation an Haut- u./o.
 Schleimhaut 02301, 10341
 Kavernographie 34260
 Keilbeinhöhle, Operation 31231
 Kennnummern / Labor 32005–32023
 Kiefer
 – Panoramaschichtaufnahme 34211
 Kieferhöhlen, Fensterung 09362
 Killerzellen, natürliche (Immunphäno-
 typisierung) 32524
 Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch
 – Einzelbehandlung 14220
 – Gruppenbehandlung 14221
 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
 – Grundpauschale 23214
 Kinderaudiometrie
 – an sonstiger Kinderaudiometrie-
 anlage 09322, 20322
 – an spez. Kinderaudiometrie-
 anlage 09335 f., 20335 f.
 Kinderfrüherkennungsunter-
 suchungen (U1–U9) 01711–01719, 01723
 – Pulsoxymetrie-Screening 01702 f.
 – Zuschlag Laboruntersuchungen 01724–01727
 – Zuschlag bei pathologischem
 Ergebnis 03352, 04354
 Kinderkardiologie, Zusatzpauschale 04410

- Kindernephrologische Behandlung/
 Betreuung, Zusatzpauschale 04560
 Kinderreumatologische Funktionsdiagnostik
 – Zusatzpauschale, ... 04551
 Kletterstufe 03321
 Kniegelenk
 – Abschlußuntersuch. zur Beh. chronisch.
 Schmerzen 30790
 – Eingangsdiagnostik zur Beh. chronischer
 Schmerzen 30790
 – Röntgenkontrastuntersuchung 34235
 Knochen und Gelenke, Eingriff . . 31131–31138
 Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen
 Phosphatase) 32242, 32404
 – Typ I-Prokollagen-Propeptide 32404
 Knochenmark
 – Infusion 02100
 – Mikroskopische Differenzierung 32163
 – vergleichende hämatologische
 Begutachtung 32169
 Knochenmarks- u. Blutausschrieb 32168
 – vergleichende Begutachtung 32169
 Knochenprozesse, Behandlung von
 septischen 07340, 18340
 Kokain 32144
 Kokain (Immunoassay) 32334
 Kollagenose 13700, 18700
 Kolonmassage 30400
 Kolorektales Karzinom, Prävention 01740
 Koloskopie
 – Internisten 13421
 – Kinderarzt 04514
 – Krebsfrüherkennung 01741 f.
 – Teilkoloskopie 04518, 13422
 – Zusatzpauschale 13421
 – Zuschläge 04515, 13423
 Koloskopie (Teil-)
 – Internist 13422
 – Kinderarzt 04518
 Kombinationsnarkose mit Maske 05330
 Komplementfaktor C 3 32443
 Komplementfaktor C 4 32444
 Kompressionstherapie
 – bei chronisch venöser Insuffizienz 02313, 30401
 – bei tiefen Beinvenenthrombosen 02313
 – beim Lymphödem 02313, 30401
 – beim postthrombotischen
 Syndrom 02313, 30401
 – intermittierende apparative 30401
 Kompressionsverband . . 02310, 07340, 18340
 Koniotomie (Reanimation) 01221
 Konisation der Portio 31301
 Konsiliarbericht vor Psychotherapie. 01612
 Konsiliarpauschale
 – bei bösartiger Erkrankung 25211, 25213
 – bei gutartiger Erkrankung. 25210
 – Laborärzte 12210
 – Nuklearmediziner 17210
 – Pathologen 19210
 – Radiologen 24210–24212
 – Strahlentherapeuten 25210, 25214
 – Zuschlag bei Neugeborenen, Säug-
 lingen, Kleinkindern u. Kindern zu
 Nr. 17210, Nuklearmedizin . . . 17214, 25213
 Konsultationspauschale. 01436
 Kontaktlinse(n)
 – Erstanpassung und Auswahl 06341
 – Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit . . . 06342
 Kontinuierliche Mitbetreuung, Zuschlag 14313 f.,
 16230 f., 21230 f.
 Kontraktionsmobilisierung 31920
 Kontrastuntersuchung
 – Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln . . . 34260
 Kontrolluntersuchung nach Abortio . . . 01912
 Konvulsionsbehandlung. 21330
 Kooperations- und Koordinations-
 leistungen in Pflegeheimen 37100–37120
 Kopie
 – Bericht oder Brief 01602
 – EDV-technische Abschrift. 40144
 Korneoskleralfäden, Entfernung. 06350
 Koronarangiographie 34291
 – Sachkosten 40300
 Körperakupunktur 30790 f.
 Körperkanalverschluss, Eröffnung 02301
 Kostenpauschale, Ausblendung, Kompensatoren,
 Lagerung-, Fixationshilfen,
 – Multi-Leaf-Kollimator 40840
 Kostenpauschalen
 – interventionelle endoskopische
 Untersuchungen 40160
 – Krankheitsbericht, Kurplan 40142
 – Testbriefchen (Albumin i. Stuhl) Leistung
 nicht erbracht. 40152
 Kostenpauschalen Radionuklide
 – 99mTc-Aerosol (Lunge). 40506
 – 99mTc-DMSA, 99mTc-DTPA (Niere) . . . 40510
 – 99mTc-DTPA (Hirn) 40512
 – 99mTc-HMPAO, 99mTc-ECD (Hirn) . . . 40508
 – 99mTc-IDA-Verbindungen (Galle). 40518
 – 99mTc-Kolloid (Leber) 40516
 – 99mTc-MAG3 oder Jod-Hippuran (Niere) 40514
 – 99mTc-Makroaggregaten (Lunge) . . . 40504
 – 99mTc-markierten Antikörpern
 (Knochenmark, -Entzündungslokalisation) 40526

– 99mTc-markierten Eigenerythrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)	40522
– 99mTc-markierten Liganden (Tumorklassifikation)	40524
– 99mTc-markierten Mikro-/Nanokolloiden (Lymphknoten-diagnostik)	40528
– 99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz: Myokard, Nebenschilddrüse: Funktion, Schilddrüse: Tumor/ Metastasen)	40520
– 99mTc-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)	40530
– 99mTc-Pertheneat (Schilddrüse)	40500
– 99mTc-Phosphonaten (Knochen/Skelett)	40502
Krankengymnastik	30420
Krankenpflege, verordnete häusliche	01420
Krankheitsbericht	
– auf Verlangen der Krankenkasse	01621
– Kostenpauschalen	40142, 40144
Kreatin	32236
Kreatinin (Jaffe-Methode)	32066
Kreatinin, enzymatisch	32067
Kreatininclearance, endogene	32124
Krebsfrüherkennung	
– Frau	01730
– Koloskopie	01741
– Mann	01731
Kreuzprobe	32556
Kryotherapie	02300
– der Hornhaut u./o. Bindehaut	06351
Kulturelle bakteriologische/mykologische Untersuchung	32151
Kulturelle Untersuchung des Abstrichs, Exsudats, Sekrets	32726 f.
Kulturelle Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie, Bronchiallavage	32725
Kultureller Nachweis	
– Aktinomyzeten	32742
– betahämolisierende Streptokokken	32740
– Borrelien	32743
– Legionellen	32745
– Mykoplasmen	32744
– Neisseria gonorrhoeae	32741
Künstliche Beatmung	01220
Künstliche Befruchtung	
– Behandlungsplan	08510
– Beratung des Ehepaars	08520
– Chromosomenanalyse	08573
– Eizellenentnahme	08541
– Embryo-Transfer (ET)	08550
– Gewinnung und Untersuchung des Spermas	08540
– humangenetische Abklärung	08570

– humangenetische Beratung und Begutachtung	08572
– humangenetisches Gutachten	08571
– In-vitro-Fertilisation (IVF)	08550
– Insemination im Spontanzyklus	08530
– Insemination nach hormoneller Stimulation	08531
– intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)	08550
– intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	08560
Kupfer	32277
Kurplan	
– auf Verlangen der Krankenkasse	01622
– Kostenpauschalen	40142
Kurvorschlag	01623
Kurz-, Dezimeterwelle	02510
Kurzzeittherapie, Feststellung der Leistungspflicht	35130
Kutane Testung	02200

L

Laboratoriumsmedizinisch gesicherte Systemerkrankung	04441
Laboratoriumsuntersuchungen	32040
Labordiagnostik, präoperative	32125
Labyrinth, Prüfung der	09325, 20325
Lactat/Laktat	32232
Laktatdehydrogenase (LDH), Isoenzyme der	32471
Laktosetoleranz-Test	32192
Lambda-Ketten, freie	32447
Lamblien	32681
Langzeit-Blutdruckmessung	
– Hausarzt	03324
– Internisten	13250, 13254
– Kinderarzt	04324
– Physikalische u. Rehabilitative Medizin	27324
Langzeit-EEG	
– Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. – psychotherapie	14321
– Neurologie	16311
– Psychiater	21311
Langzeit-EKG, Aufzeichnung /Auswertung	
– Hausarzt	03241, 03322
– Internist	13250, 13252 f.
– Kinderarzt	04241, 04322
– Physikalische u. Rehabilitative Medizin	27322 f.
Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	13401
– Kinderarzt	04512
Langzeitanalgesie, Katheter	30740
Langzeitanalgesie, Katheter	30751
Langzeittherapie, Feststellung der Leistungs- pflicht zur Einleitung oder Verlängerung	35131
Laparoskopie	31312

- Laparotomie 31153
 Laryngoskopie 09311, 20310, 20312
 – Lupen- 09311, 20310
 – mittels Endoskop bis zum
 5. Lebensjahr 09313, 20312
 – Schweben- oder Stütz- 09312, 20311
 Laser-Koagulationen
 – endoskopisch 13424
 – Netzhaut 31321
 Laserchirurgischer Eingriff 31341–31348
 Lasertrabekuloplastik 31321
 Laservaporisationen 13424, 13664
 Laufbandergometrie 13301
 – Zuschlag 36883
 Lavage, bronchoalveolär 09316, 13662
 LDH (Laktatdehydrogenase) 32075
 – Isoenzyme 32471
 LDL-Apherese 13620
 – bei isolierter Lp(a)-Erhöhung 13622
 – Kinderarzt 04572
 LDL-Cholesterin 32062
 Lebensverändernde Erkrankung,
 problemorientiertes ärztliches
 Gespräch 03230, 04230
 Leber
 – lapraskopische Probeexzision 31312
 – Punktion 02341
 Leberspezifische Antikörper 32495
 Lederhaut
 – Fremdkörperentfernung 06350
 – Wundnaht 06352
 Legionellen, Untersuchung auf 32745
 Legionellen-Antikörper 32592
 Leishmania-Antikörper 32638
 Leistenhodenoperation 31271
 Leitungsanästhesie, Schädelbasis 05320
 Lendenwirbelsäule
 – Abschlußuntersuch. zur Beh. chronisch.
 Schmerzen 30790
 – Eingangsdiagnostik zur Beh. chronischer
 Schmerzen 30790
 Leptospiren, Untersuchung auf 32746
 Leptospiren-Antikörper 32593, 32599
 Leukozyten-Differenzierung
 – mechanisierte Neutrophile, Eosinophile,
 Basophile, Lymphozyten, Monozyten 32121
 Leukozyten-Differenzierung zusätzlich zum
 Blutbild 32123
 Leukozytenfunktion, Untersuchung der 32533
 Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase,
 alkalische 32155
 Leukozytenfunktion, Untersuchung der 32533
 Leukozytenzählung 32036
 – mechanisierte Neutrophile, Eosinophile,
 Basophile, Lymphozyten, Monozyten 32121
 Lezithin-Ratio-(Quotient-)Test, chromato-
 graphische Bestimmung 32313
 LH 32354
 Licht-Reflexions-Rheographie 30500
 Lid
 – plastische Operation 31321
 – Tumorentfernung 06352
 Lidsenkung, Operation 31321
 Lidspalte
 – plastische Korrektur 31321
 – vorübergehende Spaltung 06350
 Ligatur bei Varizen und Ulceration(en)
 – Zuschlag 04515
 Ligatur bei Varizen und Ulceration(en),
 zusätzl., Innere Medizin
 – zusätzliche Leistungen 13401
 Ligatur, Hämorrhoidenbehandlung mit 30610
 Limited-Care-Dialyse 13610
 Linearbeschleuniger, Hochvolttherapie 25321
 Linse
 – Diszission 31321
 – Implantation 31321
 Linsenkernverflüssigung 31321
 Lipase 32073
 Lipide, Chromatographische Bestimmung 32313
 Lipoprotein (a) 32456
 Lipoproteine, einschl. Polyanionenpräzi-
 pitation 32467
 Liquor-Untersuchungen 32035
 Liquorpunktion
 – durch die Fontanelle 02342
 – subokzipital oder lumbal 02342
 Liquorzellausstrich 32167
 Listerien-Antikörper 32594
 Lithium 32087
 LKM-, SLA-, ASGPR- Antikörper 32495
 Lokalanästhetika, Behandlung 02360
 Lokale Anästhesie, Sterilisation Mann 01853
 LS-Ratio-(Quotient-)Test, chromato-
 graphische Bestimmung 32313
 Lues-Suchreaktion 01800, 32566
 Lumbalanästhesie 05330, 30731
 Lumbalpunktion 02342
 Lunge
 – Punktion 02340
 Lungendehbarkeit (Compliance),
 Bestimmung 04530, 13650
 Lungenperfusion, szintigraphische
 Untersuchung 17310
 Lungenventilation 17310
 Lupenbrillen, Bestimmung 06343

Lupenlaryngoskopie 09311, 20310
 Lupus Antikoagulans (Lupusinhibitoren) . . 32207
 Luteinisierendes Hormon 32354
 Lutropin (LH) 32354
 Luxation
 – TEP-Luxation 31914
 Luxationen/Frakturen,
 Einrichtung von 31910, 31912, 31914
 Lymphdrainage, manuelle 30400
 Lymphknoten 32164
 Lymphknotenausräumung
 – inguinal 31271
 – pelvin 31271
 – retroperitoneal 31271
 Lymphödem
 – apparative Kompressionstherapie . . . 30401
 Lymphographie 34293
 Lymphozyten- Transformations-Test . . . 32532
 Lynch-Syndrom 11431, 11434
 Lysozym 32454

M

Magen
 – Röntgendiagnostik 34247
 Magensaft, Auserheberung 32246
 Magenverweilsonde, Einführung . . 02320, 13412
 Magnesium 32248
 Magnetresonanztomographie . . . 34410, 34420
 Makrophageneisen 32168
 Makuladegeneration, altersbedingte feuchte (AMD)
 – Behandlung mittels IVOM 06332
 Mamma
 – Punktion 02340
 – Sonographie 33041
 – Stanzbiopsie 08320
 Mamma-Ca, MRT-Untersuchung 34431
 Mammapräparat, Röntgenuntersuchung . 34273
 Mammateilaufnahme(n) 34272
 Mammographie
 – in einer Ebene 34275
 – in zwei Ebenen 34270
 – Röntgenuntersuchung beider Mammae . 01750
 – Zuschlag 34271
 Mammographie-Screening-Programm,
 Kostenpauschale 40852
 Mammographieaufnahmen, Konsiliarische
 Beurteilung 01752
 Mangan 32278
 Manualextraktion bei Entbindung 08411
 MAR - Test 32506
 Marisquen, operative Entfernung 30610
 Marshall-Marchetti-Operation 31271

Marsupialisation, vaginal 31301
 Masernvirus-Antikörper 32623
 Massage(therapie) 30400
 Massenspektrometrie, Bestimmung mittels
 DC, GC, HPLC 32314
 Mastdarm
 – endoskopische Untersuchung . . 03331, 04331,
 08333, 13257
 MBK 32769
 MCA 32398
 Meatusplastik 26352
 Mechanisierte Zählung 32121
 Mediastinoskopie 13670
 Medikamenteneingabe, intravitreal
 – Operation, ambulant 31371–31373
 – Operation, belegärztlich . . 36371, 36372, 36373
 – Zuschlagpauschale Augenarzt . . 06334, 06335
 Medikamentenpumpe
 – Erstanlegen und Anleitung, ... 30750
 – Erstprogrammierung 02120
 – Erstprogrammierung zur Langzeit-
 analgesie 30750
 – Wiederauffüllung 30740
 Medikationsplan, Erstellung 01630
 Mehrfertigung (z. B. Kopie) Bericht, Brief . 01602
 Mendel-Mantoux-Test 02200
 MEP
 – in Kinder- u. Jugendmedizin 04436
 – in Kinder- u. Jugendpsychiatrie u.
 Psychotherapie 14331
 – in Neurologie u. Neurochir. 16321
 – in Psychiatrie und Psychotherapie . . . 21321
 Metabolite 32233
 Metamphetamin 32140
 Methadon 32336
 – Immunoassay 32335
 – mittels vorgefertigtem Reagenzträger . 32145
 Methämoglobin 32230
 Methylenblaufärbung 32045
 MHK 32768
 Mifepriston, Kostenpauschale für Bezug . 40156
 Mikro-Herzkatheterismus 13550
 Mikroalbuminurie-Nachweis 32135
 Mikrofilarien 32172
 Mikroglobulin B 2- 32376
 Mikroglobulinurie, Alpha-1- 32136
 Mikroskopische Differenzierung,
 gefärbte Abstriche 32163–32167
 Mikroskopische Untersuchung
 – des Harms 32031
 – eines Körpermaterials 32045
 – nach differenzierender Färbung 32050
 – nach einfacher Färbung 32045

- Nativpräparat 32045
- Scheidensekret 01827
- Mikrowellenbehandlung 02510
- Milligan-Morgan, operative Hämorrhoidenbehandlung 31173
- Milz 32165
- Punktion 32041
- Milzszintigraphie 17310
- Mineralgehalt von Knochen
 - computertomographische Bestimmung 34600
 - Dual-Energy-X-ray Absorptiometrie 34600, 34601
 - Photonenabsorptionstechnik (DPA) 34600
- Mini-Mental-Status-Test (MMST) 16340
- Mitbetreuung eines Patienten
 - in der häuslichen Umgebung 21233
 - mit einer Erkrankung d.zentralen Nervensystems 16230
 - mit psych. Erkrankung 14313, 21230
- Mittelohr, Tumorentfernung 31231
- Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test) 32506
- MKG-Chirurgie, Eingriff 31221–31228
- Molekularbiologische Untersuchungen 32819–32859
- Molekulargenetische Stufendiagnostik
 - Untersuchung bei monogenen Erkrankungen 11351
- Molekulargenetische Untersuchungen 32860–32865
- Mononucleose-Test 32133
- Moro-Test 02200
- Morphin 32146
- Moulagen- / Flabtherapie (Brachytherapie) 25330
- MR-Pro-ANP (Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay) 32097
- MRSA
 - Diagnostik und Eradikationstherapie 30940
 - Labor, nicht für das Sanierungsmonitoring 32837
 - labormedizinischer Nachweis 30954
- MRT-Angiographie
 - abdominale Aorta und ihre Äste 34485
 - der Armarterien u. armversorgenden Arterien 34490
 - Halsgefäße 34475
 - Hirngefäße 34470
 - obere Extremität 34490
 - thorakale Aorta und ihre Äste 34480
 - untere Extremitätenarterien 34489
 - Venen 34486
 - Zuschlag 34492
- MRT-Untersuchung 34410, 34420
 - Abdomen 34441
 - Becken 34442
 - Bestrahlungsplanung 34460
- Extremitäten 34450
- Gesichtsschädel 34420
- Halsweichteile 34422
- Hand /Fuß 34451
- Mamma-Ca 34431
- Neurocranium 34410
- Oberbauch 34440
- Schädelbasis 34421
- Thorax 34430
- weibliche Brustdrüse 34431
- Wirbelsäule 34411
- MTC-DNA/RNA 32825
- MTHFR-Mutation, Nachweis 32863
- Mucin-like cancer associated antigen (MCA) 32398
- Mucoproteine, chromatographische Bestimmung 32313
- Mukosektomie, therapeutische 13401
- Mukoviszidose, Neugeborenen-Screening 01709
- Mukoviszidose, Schweißtest 04535
- Multitest Merieux 02200
- Mumpsvirus-Antikörper 32624
- Mundbodenphlegmone, operative Behandlung 09361
- Muschel-Operation 09360
- Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker 11370 f.
- Mutation
 - Faktor-V-Leiden 32860
- Mutterpass 01770
- Mutterschaftsvorsorge 01770–01793
 - Erstuntersuchung 01770
- Mycobacterium tuberculosis 32830
- Mycoplasma pneumoniae 32704
 - Antikörper 32595
- Mycoplasmen 32842
- Myelographie(n) 34223
- Myeloperoxidase-Antikörper (p-ANCA) 32496
- Mycobacterium tuberculosis Complex, DNA u./o. RNA 32825
- Mykobakterien 32176, 32765
 - Empfindlichkeitsprüfung 32770
 - Untersuchung auf 32747
 - Ziehl-Neelsen-Färbung 32176
- Mykologische Untersuchungen 32685–32691
 - kulturelle 32151, 32687
- Mykoplasmen, Untersuchung auf 32744
- Myoarthropathien der Kiefergelenke 15310
- Myoglobin 32134, 32450
- Myokard-Szintigraphie 17330–17333
- Myomenukleation
 - abdominal 31301
 - vaginal 31301
- Myositis 13700, 18700

Myotone Dystrophie, Untersuchung 11390–11395
Myringoplastik 31231

N

Nachbetreuung, nach Tumorbehandlung
u./o Transplantation. 04443
Nachblutung
– nach Tonsillektomie. 31231
– postpartal. 31301
– vaginal 31301
Nachgeburt, Entfernung 08416
Nachsorge, Betreuung im Rahmen der
– Chirurgie 07345
– Frauenheilkunde 08345
– Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 09345
– Haut- und Geschlechtskrankheiten 10345
– Innere Medizin 13435, 13500, 13675
– Kinder- und Jugendmedizin 04441, 04443
– Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie 15345
– Urologie. 26315
Naevi flammei
– Behandlung mittels gepulstem Farbstoff-
laser 10320
– Therapie mittels Laser 10324
Narkose
– bei Schwangerschaftsabbruch 01913
– bei Sterilisation 01856
Narkosen 05330 f.
Nasenbeinfraktur, geschlossene Reposition 09361
Nasenblutung, Zusatzpauischale für Hals-Nasen-
Ohren-Ärzte. 09329
Nasennebenhöhlen, Sonographie. 33010
Nasenpolypen, Entfernung 09361
NAT (Nukleinsäureamplifikationstechniken),
Zuschlag 32859
native Doppelstrang-DNS, Antikörper
gegen. 32491
Natrium 32083
Neisseria gonorrhoeae 32703, 32741, 32836
Nekrosenabtragung 02310, 02312, 07340, 18340
Neofaradischer Schwellstrom. 02511
Neopterin 32378
Nephrektomie. 31271
Nervenstimulation
– (TENS) Anleitung 30712
– bei Lähmungen 02512
Netzhautablösung, Operation 31321
Neugeborene
– Basisuntersuchung 01712
– Erstuntersuchung. 01711
Neugeborenen-Hörscreening 01705
– Kontroll-AABR 01706
– Zuschlag für Beratung 01704

Neugeborenen-Untersuchung 01711 f.
Neugeborenencreening, erweitertes. 01707
Neugeborenencreening auf
Mukoviszidose 01709
Neurochirurgischer Einriff
– peripherer 31241–31248
– stereotaktischer 31261–31268
– zentraler 31251–31258
Neurocranium
– CT-Untersuchung 34310
– MRT-Untersuchung 34410
Neurologisch-motoskopische Untersuchung 04431
Neurologische Basisdiagnostik
– klinisch 22230, 27311
Neurologisches Gespräch. 16220
– Zuschlag 16222
Neuromuskuläre Erkrankung, peripher
– Kinderarzt. 04437
– Physikalische u. Rehabilitative Medizin. 27331
– Zusatzpauischale Abklärung 16322
Neuronenspezifische Enolase. 04430, 32395
Neuropädiatrische Betreuung
– Zusatzpauischale 04433
Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung,
Beratung, Erörterung u./o. Abklärung 04430
Neurophysiologische Übungsbehandlung. 30300
Neurophysiologische Untersuchung
– Kinder- und Jugendpsychiatrie u.
– psychotherapie 14331
– Kinderarzt. 04436
– Psychiater 21321
Neurophysiologische Untersuchung
(SEP, VEP, AEP, MEP) 16321, 14331
Neuropsychologische Therapie
– Diagnostik mittels Testverfahren 30930
– Probatorische Sitzung 30931
– Therapie (Einzelbehandlung) 30932
– Therapie (Gruppenbehandlung) 30933
– Therapieplan 30934
– Therapieverlängerung, Bericht 30935
Neutronspezifische Enolase (NSE) 32395
Nickel. 32268
Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen 02512
Nieren, Funktionsprüfung 32196
Nieren-Transplantatträger,
Behandlung. 04561, 13601
Nierenbeckenplastik 31271
Nierenbeckenstein, operative Entfernung. 31271
Nierenfistelkatheter. 26325
Nierenfunktionsdiagnostik, nuklearmedi-
zinische. 17340 f.
Niereninsuffizienz, chronisch 13600
Nierenpolresektion 31271

Nierenzintigraphie 17340
 NK-Zellen, Differenzierung u.
 Quantifizierung 32524
 Norovirus 32838
 Notfallkonsultationspauschale I im
 organisierten Notfalldienst 01214, 01216,
 01218
 Notfallkonsultationspauschale II im organisierten
 Notfalldienst,
 – 19–22 Uhr – Sa., So. feiertags 7–19Uhr 01216
 Notfallkonsultationspauschale III im organisierten
 Notfalldienst
 – 22–7 Uhr, Sa., So. feiertags 19–7 Uhr . 01218
 Notfallpauschale
 (Abklärungspauschale) . . 01205, 01207, 01210
 Notfallpauschale (Erstkontakt) . . 01210, 01212
 – Zuschläge 01223, 01224, 01226
 NSE (Neuronen-spezifische Enolase) . . 32395
 NT-Pro-BNP 32097
 Nuklearmedizinisch-hämatologische
 Untersuchung
 – Zusatzpauschale 17350
 Nuklearmedizinisch-intestinale Funktions-
 diagnostik
 – Zusatzpauschale 17351
 Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT),
 Zuschlag 32859
 Nystagmusprüfung 09325, 20325

O

Okkulsiv-Perrar, Anlegen oder Wechseln . 08330
 Okulographie 14330, 21320
 – Kinderarzt. 04439
 – Neurologen 16320, 16311
 Oligarthrit 13700
 Oligoklonale Banden 32465
 Onkologie Erkrankung, Behandlung und
 Betreuung
 – Chirurgie 07345
 – Frauenheilkunde 08345
 – Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 09345
 – Haut- und Geschlechtskrankheiten . . 10345
 – Innere Medizin 13435, 13500, 13675
 – Kinder- und Jugendmedizin . . 04441, 04443
 – Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie . . 15345
 – Urologie. 26315
 Onkologie-Vereinbarung,
 Kostenpauschalen 13435, 86510–86518
 Operationen
 – ambulante 31101–31351
 Operationsmaterial-Untersuchung 32725
 Operationsvorbereitung für ambu-
 lante und belegärztliche Eingriffe 31010–31013

– Jugendliche u. Erwachsenen bis
 40. Lebensjahr, ... 31011
 – nach Vollendung des 40. Lebensjahres . 31012
 – nach Vollendung des 60. Lebensjahres . 31013
 – Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder
 u. Kinder 31010
 Operative Eingriffe 02300–02360
 Operativer Eingriff
 – am Auge 06350–06352
 – Hautärzte 10340–10342
 – HNO 09360, 09361, 09362
 – Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie 15321, 15322,
 15323
 – Urologie. 26350, 26351, 26352
 Opiate (Immunoassay) 32336
 Opiate (Morphin) 32146
 Opioid-Applikation 30723
 Orchiectomie 31271
 Organisierter Not(fall)dienst
 – Besuch 01418
 – Notfallkonsultationspauschale/
 Notfallpauschale 01210–01218
 Orientierende Untersuchung / Labor . . . 32030
 Orofaziale Stütz-, Halte-, oder Hilfsvorrichtung 31930
 Orthopädisch-chirurgisch konservative
 Leistungen 31900–31946
 Orthopädische oder Rheumatologische Funktionsdi-
 agnostik 18320
 Orthopädische Stütz-, Halte- oder
 Hilfsvorrichtung 31932
 Orthopädisches Hilfsmittel
 – Gebrauchsschulung 31900
 Osmolalität 32244
 Osmotische Resistenz 32243
 Ösophago-Gastroduodenoskopie 13400
 – Kinderarzt. 04511
 – zusätzliche Leistungen 13401
 – Zuschlag für Polypektomien 13402
 – Zuschlag 04515
 Ösophagoskopie
 – HNO 09317
 – Innere Medizin 13400
 – Kinder- u. Jugendmedizin 04511
 Ösophagus
 – Bougierung/Kardiasprengung. . . 09317, 13410
 – Durchzugsmanometrie 13401
 – Einsetzen einer Prothese 13411
 Ösophagussphinkter, Dehnungsbehandlung 13410
 Osteocalcin (Immunoassay). 32414
 Osteodensitometrische Untersuchung 34600, 34601
 Östradiol 32356
 Otoakustischer Emissionen 09324, 20324
 Ovariectomie 31301

Oxalsäure / Oxalat 32258
Ozeana, osteoplastische Operation 31231

P

Packungen mit Paraffinen 02510
Pädiatrische Pneumologie,
Zusatzpauschale 04530
Pädiatrische Rheumatologie,
Zusatzpauschale 04550 f.
Palatographie 20353
Palliativmedizinische Versorgung
– Betreuung 03371, 04371
– Ersterhebung
 Patientenstatus 03370, 04370, 37300
– Besuchsbereitschaft 37317
– Fallkonferenz 37320
– koordinierender Vertragsarzt 37302
– konsiliarische Erörterung 37314
– telefonische Beratung 37318
Palliativversorgung, spezialisierte ambulante
– Erstversorgung 01425
– Folgeverordnung 01426
Panaritium subcutaneum, Eröffnung 02301, 10341
Pancreolauryl-Test 32194
Pankreas, Punktion 02341
Pankreas-Elastase 32377
Papilla vateri, endoskopische Sondierung 13430
Papillotomie (n) 13431
Parainfluenzaviren, Antigen 32787
Parainfluenzaviren-Antikörper 32625
Parasiten-Antigen- Direktnachweis 32680
Parasiten-Nachweis 32172
Parasitologische Untersuchung 32680–32682
Parathormon intaktes (Immunoassay) . . . 32411
Parazentese 09361
Parks, operative Hämorrhoidenbehandlung 31173
Paronychie, Eröffnung 02301, 10341
Parvoviren-Antikörper 32626
Parvovirus 32832
PAS-Reaktion 32158
Patch-Test 30110
Patella
– Röntgendiagnostik 34230, 34233
Paukenhöhle, Drainage 09351
PDT 06332
PEG 04513
Penis, Amputation 31271
Penisprothese
– Entfernung 31271
– Implantation 31271
Peptid
– Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes 32489
Perbronchiale Biopsie 09316, 13663

Perfusionsszintigraphie, Niere 17340
Periduralanalgesie 30731
Periduralanästhesie 05330, 05360
Perimetrie 06330
Periorbitalarterien, sonographische
Untersuchung 33060
Periostmassage 30400
Periphere neuromuskuläre Erkrankung,
Abklärung 27331
Peritonealdialyse (CAPD,CCPD) 04565, 13611
– Kostenpauschalen 40815
Peritonsillärer Abszess, Eröffnung 09361
Perkutane Gastroskopie
– Innere Medizin 13412
– Kinder- und Jugendmedizin 04513
Peroxydasereaktion 32157
Pessar, Anlegen oder Wechseln 08330
PET (Positronen-Emissions-Tomographie)
und PET/CT (Positronen-Emissions-
Tomographie mit Computertomographie) . 34701
– Sachkosten 40584
Pflegeheim, Besuch 01413
pH-Wert, Bestimmung des 32032
Phagozytose 32533
Pharmakoradiographie 34247
Phencyclidin (PCP) 32147
Phenylalanin 32235, 32309
PHI (Phosphohexose - Isomerase) 32259
Phimose
– plastische Operation 31271
– Ringligatur 31271
Phlebographie 34294
– des Brust-/Bauchraumes 34296
Phlebologischer Basiskomplex 30500
Phosphat-Clearance 32197
Phosphatase, saure 32079, 32160
Phosphohexose-Isomerase 32259
Phospholipid-Antikörper 32503
Phosphor anorganisch 32086
Photochemotherapie PUVA, Zuschlag . . . 30431
Photodynamische Therapie(n) mit
Verteoporphin 06332
Phototherapie
– eines Neugeborenen 02520
– selektive 30430
Physikalisch-rehabilitativer Diagnostik
u. Therapiekomplex 27332
Physikalisch-therapeutische
Leistungen 02500–02520
Physikalische Therapie 30400–30431
Pilzantigen-Direktnachweis
– mittels Agglutination 32685
– mittels Immunfluoreszenz 32686

- Pilze
- Differenzierung mittels Antiseren 32690
 - Empfindlichkeitstestung 32691
 - Identifizierung 32689
 - morphologische Differenzierung 32688
 - Nachweis durch Anzüchtung 32687
 - Untersuchung im Nativmaterial 32685
 - Pirquet-Test 02200
 - Plasmapherese 13610, 13620
 - Plasmaviskosität 32238
 - Plasminogen 32211
 - Plasmodien 32172
 - Plasmodien-Antikörper 32639
 - Plättchenfaktor 4 32225
 - Pleuradrainage 02343
 - Plexusanalgesie 30731
 - Plexusanästhesie 05330
 - PMN - Elastase 32453
 - Pneumographie 20350
 - Pneumologie
 - pädiatrische, Zusatzpauschale 04530
 - Pneumologisch-diagnostischer Komplex . 13650
 - Zuschlag 13651
 - Pneumologischer Komplex, belegärztlich . 36881
 - Polarisationsmikroskopie 19312, 19320
 - Poliarthritis 13700
 - Polioviren-Antikörper 32627
 - Polyacrylamidgel-Elektrophorese 32465–32475
 - mit Antigentransfer 32476
 - Polygraphie, kardiorespiratorische 30900
 - Polyoma-Virus 32843
 - Polypektomie(n), Zuschlag 01742
 - Polypentfernung
 - aus der Paukenhöhle 09362
 - Frauenarzt 08334
 - Hausarzt 03332
 - Innere Medizin 13260, 13402, 13423
 - Kinder- u. Jugendmedizin 04332
 - Spezieller Versorgungsbereich 30601
 - Zuschlag 04515
 - Polysomnographie, kardiorespiratorische . 30901
 - Porphobilinogen 32303
 - Porphyrine 32291, 32302
 - Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Positronen-Emissions-Tomographie mit Computertomographie (PET/CT) . . . 34701
 - Sachkosten 40584
 - Postnarkotische Überwachung 05350
 - Postoperative Behandlungs-komplexe 31600–31731
 - Postoperative Überwachungskomplexe
 - nach ambulanter Operation . . . 31501–31507
 - nach belegärztlicher Operation . . 36501–36507
 - Präanästhesiologische Untersuchung 01852, 05310
 - Schwangerschaftsabbruch 01903
 - Präoperative Labordiagnostik 32125
 - Präoperative Überwachungskomplexe 31010–31013
 - Priapismus, Operation 31271
 - Prick-Test 30111
 - Probatorische Sitzung 35150
 - Problemorientiertes ärztliches Gespräch bei lebensverändernder Erkrankung 03230, 04230
 - Progesteron 32357
 - Progesteron, 17-Hydroxy- 32368
 - Prokto-/Rektoskopie, Polypenentfernung Zuschlag . 08334, 13260, 30601
 - Frauenarzt 08333
 - Innere Medizin 13257
 - Prokto-/Rektoskopie, Zusatzpauschale . . 30600
 - Prokto-Rektoskopischer Untersuchungskomplex
 - Hausärzte 03331
 - Internisten 13250
 - Kinderärzte 04331
 - Kinderärzte, Polypenentfernung, Zuschlag 04332
 - Polypenentfernung, Zuschlag 03332
 - Proktologischer Eingriff 31171–31178
 - Prolaktin 32355
 - Propylvaleriansäure, chromatographische Bestimmung 32313
 - Prostanoid-Therapie 13310
 - Prostata, digitale Untersuchung 13257
 - Prostatabiopsie 26341
 - Prostata-spezifisches Antigen (Immunoassay) 32351
 - Protein C 32223
 - Protein C-Resistenz, aktiviertes 32128
 - APC-Resistenz 32206
 - Protein S 32224
 - Protein-Elektrophorese 32107
 - Proteinase 3-Antikörper (c-ANCA) 32496
 - Proteine
 - elektrophoretische Trennung 32476
 - in Punktaten 32474
 - Proteinnachweis mittels Immunpräzipitation 32430
 - Prothrombin
 - G 20210 A- Mutation 32861
 - Protozoen, kulturelle Untersuchung 32681
 - Provokationstest 04532, 13651, 30111
 - bronchialer 30122
 - bronchialer, Zuschlag 04532
 - rhinomanometrischer 30120
 - subkutaner 30121
 - unspezifischer bronchialer, Zuschlag . . 13651
 - Provokationstestung 30120, 30121, 30122, 30123
 - PSA 32351

Psychiatrische Behandlung
 – bei akuter Dekompensation 21217
 – bei Kindern u. Jugendl., funktion. Entwicklungs-
 therap. 14310
 – bei Kindern u. Jugendl., Gruppen-
 behandlung 14221
 – Gruppenbehandlung 21221
 Psychiatrische Beratung der Bezugsperson 14222
 Psychiatrische Betreuung. 14240, 21232
 Psychiatrische häusliche Krankenpflege
 – Erstverordnung v. Behandlungsmaßnahmen 01422
 – Folgeverordnung v. Behandlungs-
 maßnahmen 01424
 Psychosomatische Krankheitszustände
 – differentialdiagnostische Klärung 35100
 – verbale Intervention. 35110
 Psychosomatisches Gespräch
 – Einzelbehandlung. 22221
 – Gruppenbehandlung 22222
 Psychotherapeutisches Gespräch. 22220, 23220
 Psychotherapie
 – analytisch (Einzeltherapie) . . . 35411 f., 35415
 – analytisch (Gruppentherapie) . . . 35523–35539
 – tiefenpsychologisch fundiert
 (Einzeltherapie) 35401 f., 35405
 – tiefenpsychologisch fundiert
 (Gruppentherapie) 35503–35519
 – Verhaltenstherapie
 (Einzeltherapie) 35421 f., 35425
 – Verhaltenstherapie
 (Gruppentherapie) 35543–35559
 – Zuschlag gem. Präambel Abschn. 35.2. 35251
 PTA 34291
 PTC, Durchleuchtungsgestützte
 Intervention bei 34500, 40304
 – Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie,
 Sachkosten 40302
 PTT 32112
 Punktat-Untersuchung 32725
 Punktion 02340, 02341, 02342, 02343
 – Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum 02341
 – Ascites 02340
 – Ascites als Entlastungspunktion, mind.
 250 ml 02341
 – Entlastung Pleuraraum 02343
 – Ganglien 02340
 – Gelenke. 02341
 – Hämatome 02340
 – Harnblase. 02340
 – Hodens 02341
 – Hygrome 02340
 – Knochenmarks 02341
 – Leber 02341

– Lymphknoten 02340
 – Mammæ 02341
 – Nieren 02341
 – Pankreas 02341
 – Pleura-/Lunge 02340
 – Prostata. 02340
 – Schilddrüse 02340
 – Schleimbeutel 02340
 – Serome 02340
 – Speicheldrüse 02340
 PUVA, Zuschlag 30431
 PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen
 Gefäße 33063
 PW-Doppler-Sonographie des männlichen
 Genitalsystems 33064
 Pyelographie, retrograde 34257
 Pyometra, Operation 31301
 Pyridinolin u./o. Desoxypyridinolin 32308, 32403
 Pyruvatkinase. 32261

Q

QS-Vereinbarungen. 30790
 Quecksilber. 32279
 Quickwert
 – Kapillarblut 32114
 – Plasma 32113

R

Rachen, Fremdkörperentfernung 09361
 Rachenmandel, Entfernung 31231
 Radiojod-Zweiphasentest. 17321
 Radiojodtherapie 17370
 Radiologie
 – Konsiliarkomplex 24210
 Radionuklide
 – Kostenpauschalen für Sachkosten . . . 40500
 Radionuklide Kostenpauschalen
 – für 111-In Chlorid. 40570
 – für 111-In DTPA 40552
 – für 111-In Okteotid 40550
 – für 111-In Oxinat 40548
 – für 123-J 40534
 – für 123-J MIBG 40536
 – für 123-J-FP-CIT 40538
 – für 123-J-Hippuran 40568
 – für 131-J 40540
 – für 131-J MIBG 40546
 – für 131-J Therapie benigne. 40542
 – für 131-J Therapie maligne. 40544
 – für 169-Erbium-Colloid 40560
 – für 186-Rhenium-Colloid 40558
 – für 192-Iridium 40580
 – für 201-Tl-Cl 40532

- für 51-Cr-EDTA 40564
- für 57-Co-Cyancobolamin 40574
- für 67-Ga-Citrat 40566
- für 75-Se-SeHCAT 40554
- für 90-Yttrium-Colloid 40556
- für Fe-59-Citrat / 51-Chromat 40578
- für Radioaktive Gase 40576
- Knochenmetastasen mit Radioisotopen. 40562
- Radionuklidtherapie 17372
- Sachkosten 40582
- Radionuklidventrikulographie 17330
- Radiosynoviorthese
- Zuschlag 17371, 17373
- RAST 32427
- Reagenzien, Erbringung mittels träger-
gebundener. 32089
- Reagenzträger, orientierende Untersuchung 32030
- Reaktionsaudiometrie, elektrische
(BERA) 09326, 20326
- Reanimation 01220–01222
- Reflexbestimmung an Mittelohr-
muskeln 09323, 20323
- Refluxzystogramm 34256
- Regionalanästhesie durch den Operateur
- ambulant 31800
- belegärztlich 36800
- Rehabilitation, Verordnung von med. . . . 01611
- Reibtest 30111
- Reizstrom 02511
- Rekalzifizierungszeit 32111
- Rekanalisationsbehandlung, koronare
- Kostenpauschalen 40300
- Rektoskopie 30600
- Gynäkologie 08333
- Hausarzt 03331
- Innere Medizin 13257
- Kinderarzt. 04331
- Säugling o. Kleinkind, Kind o. Jugendlicher 04516
- Rektumsaugbiopsie
- Kinderarzt. 04517
- Relaxationsbehandlung nach Jacobson. . . 35111
- Renin 32386
- Reproduktionsmedizin
- Zuschlag zur Grundpauschale,
Gynäkologie 08230
- Reptilasezeit 32205
- Resorptionstest 17333, 17351
- Respiratorische Feedback-Behandlung. . . 35111
- Respiratory-Syncytial-Virus (RSV). 32788
- Retikulozytenzählung 32047
- Retoskopie
- Zusatzpauschale 30600
- Retrobulbäre Anästhesie, ambulante
Operationen 31801
- Retrocochleäre Erkrankung. 09326, 20326
- Retrograde Pyelographie, eine Seite . . . 34257
- Rezept 01820
- Rezeptoren
- Nachweis von. 19321
- Nachweis von HER2 19322
- Rhesusformel, Bestimmung 01806
- Rheumafaktor (RF) 32461
- Rheumatoide Arthritis. 18700
- Rheumatologie, pädiatrische
- Zusatzpauschale 04550
- Rheumatologische Funktionsdiagnostik . . 13701
- Rheumatologisches Assessment 13701
- Ring, Einlegen oder Wechseln 08330
- Röntgen
- Abdomen Teile 34245
- Abdomen, eine Ebene 34243
- Abdomen, zwei Ebenen. 34244
- Becken, Beckenweichteile 34234
- Brustorgane, eine Ebene 34240
- Brustorgane, zwei Ebenen 34241
- Doppelkontrast des Dünndarms nach
Sellink 34248
- Doppelkontrast des Magens, des Zwölffinger-
darms. 34247
- Extremitäten 34233
- Fuß 34232
- Halsorgane und/oder Mundbodens . . . 34212
- Hand 34232
- Kontrastuntersuchung des Dickdarms . . 34251
- Kontrastuntersuchung des Dickdarms Kind bis 12.
Lebensjahr 34252
- Kontrastuntersuchung Gallenblase, Gallengänge,
Pankreasgänge 34250
- Kontrastuntersuchung Speiseröhre . . . 34246
- Kontrastuntersuchung, Gangsystemen, Höhlen
oder Fisteln 34260
- Mammapräparat 34273
- Schädel Übersichtsaufnahmen 34210
- Schulter, Schultergürtel 34231
- Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder
Kniegelenks 34235
- Skelett oder Kopf, Teile 34230
- Thorax, knöcherner. 34220
- Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung
Brustorgane 34242
- Wirbelsäule, gesamte. 34222
- Wirbelsäule, Teile 34221
- Zuschlag für gehaltene Aufnahmen. . . 34238
- Röntgenaufnahmen
- Hand, Fuß. 34232

– Zuschlag für gehaltene Aufnahmen. 34238
 Röntgendiagnostik 34210
 Röntgenuntersuchung beider Mammæ (Mammographie). 01750
 – konsiliarische Beurteilung 01752
 Rotaviren 32790
 Röteln- Antikörper, Untersuchung mittels Immunoassay. 01803
 Rötelnantikörper, Nachweis 32574
 – mittels Immunoassay i.R.d.Mutterschaftsvorsorge 01802
 RSV-Antigene 32788
 RSV-Antikörper 32628
 Rucksackverband. 02350

S

S. typhi- o. S. paratyphi- Antikörper. 32596
 Salpingektomie 31301
 Samenleiter
 – operative Wiederherstellung 31271
 – Unterbindung 31271
 Samstagssprechstunde. 01102
 Säuglingshüften, Sonografie 33051
 Säure-Basen-Haushalt, Bestimmung
 – Internist. 13250, 13661
 – Kinderarzt. 04536
 Säure-Basen-Status u. Blutgasanalyse . . . 13256
 Saugbiopsie des Dünndarms . . . 04521, 13420
 Saure Phosphatase 32079
 SCC (Squamous cell carcinoma Antigen) . . 32396
 Schädel
 – CT-Untersuchung 34320
 – MRT-Untersuchung 34420
 – Röntgenübersichtsaufnahme 34210
 Schädelbasis
 – CT-Untersuchung 34321
 – MRT-Untersuchung 34421
 Schädel beim Säugling, Sonographie . . . 33052
 Schallspektrographie 20352
 Schanz'scher Halskrawattenverband . . . 02350
 Scheidenplastik. 31301
 Scheidensekret- Mikroskopie. 01827
 Scheidenseptum, Abtragung 31301
 Schieloperation 31321
 Schichtaufnahmen 34282
 Schielbehandlung ab 5./6. Lebensjahr
 – Zusatzpauschale 06320, 06321
 Schilddrüsen - Sonographie 33012
 Schilddrüsen-Szintigraphie 17320
 Schilddrüsenhormone 32320
 Schilddrüsenperoxidase-Antikörper. . . . 32502
 Schlafapnoe 30900
 Schlaf-EEG, pädiatrisches 04435

Schlafmedizin. 30900
 Schlafstörungsdiagnostik. 30900
 Schließmuskel, unblutige Erweiterung . . . 13257
 Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge 01742
 – Innere Medizin 13423
 – Kinder- und Jugendmedizin 04520
 Schmerztherapie 30700–30760
 – Beratung, Erörterung, Abklärung. 30708
 – Fallkonferenz, Teilnahme 30706
 – Zuschlag Medikationsplan 30701
 Schmerztherapeutische Fallkonferenz, Teilnahme. 30706
 Schmerztherapie Beratung, Erörterung . . 30708
 Schnelltest, Streptokokken-A - Gruppenantigen 32152
 Schnittenbindung, Zuschlag 08415
 Schrittmachersystem, Einbau/
 Wechsel/Entfernung 31211–31218
 Schulter
 – Röntgendiagnostik 34231, 34235
 Schulung , praktische, für orthopädische Hilfsmittel. 31900
 Schutzimpfungen 89100A ff.
 Schwangerschaftsabbruch 01900–01913
 – Beobachtung und Betreuung 01910 f.
 – Beratung 01900
 – Durchführung. 01904
 – Feststellung des Schwangerschaftsalters 01902
 – präanästhesiologische Untersuchung. . . 01903
 – Ultraschalluntersuchung 01902
 – Untersuchung. 01901
 Schwangerschaftsnachweis 32132
 Schwebelaryngoskopie 09312, 20311
 Schwebelaryngoskopie 09312, 20311
 Schwefel 32283
 Schweißtest 04535
 Schwellstromtherapie 02511
 Scl-70-Antikörper. 32492
 Sehhilfen, Bestimmung von elektronischen 06343
 Sekret-Untersuchung 32726
 Selen 32280
 Sensomotorische Übungsbehandlung
 – Einzelbehandlung. 30300
 – Gruppenbehandlung 30301
 Sensorineurale Schwerhörigkeit,
 Untersuchung auf Mutation. 11420
 SEP 14331, 16321, 21321
 Sequentielle Aufnahmetechnik 17361
 Sequenzierung menschlicher DNA 11522
 Serienangiographie 34283
 Serologische Verträglichkeitsprobe 32556
 Seronegative Spondylarthritis. 18700

- Serotonin u./o. Metabolite 32301
 Serum-Elektrophorese 32107
 SEV, VEP, AEP, MEP 04436
 SHBG 32360
 Shigatoxin 32705
 Sialographie 34260
 Sideroblasten 32168
 Sigmoidoskopie
 – Kinderarzt. 04518
 Silberfärbung auf Pneumozysten 32187
 Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) 17362
 Sinusitis, Zusatzpauschale für Nachsorge der operativen Behandlung. 09364, 20364
 Situationsmodelle. 15311
 Skelett
 – Röntgendiagnostik 34230
 Skelettmuskulatur-Antikörper. 32499
 Sklerosierung
 – Hämorrhoiden 30610
 Sklerosierungsbehandlung
 – endoskopisch. 04515, 13401
 – Varikozelen 34297
 Sklerotomie. 06352, 31321
 Sm-Antikörper 32492
 Sondierung peripherer Rundherde 09316, 13663
 Sonographische Diagnostik des Föten 01774, 01775
 Sonographische Diagnostik I und II, weiterführende 01772 f.
 Sonographische Untersuchung
 – Abdomen 33042
 – abdominelle/retroperitoneale Gefäße 33073
 – Auge 33000
 – Brustdrüsen 33041
 – extrakranielle hirnversorgende Gefäße 33060, 33070
 – Extremitätenvenen 33076
 – extremitätenver-/entsorgende Gefäße 33061, 33072
 – Gefäße des männlichen Genitalsystems 33062, 33064
 – Gelenke, Sehnen, Muskeln, Bursa. 33050
 – Gesichtsteile 33011
 – Halsweichteile 33011
 – Haut und Subkutis 33080
 – intrakranielle Gefäße 33063
 – intrakranielle hirnversorgende Gefäße 33071
 – Mamma 33041
 – Mediastinum 33073
 – Nasennebenhöhlen 33010
 – optische Führungshilfe, Zuschlag. 33091
 – Organe oder Organteile 33081
 – Retroperitoneum 33042
 – Säuglingshöften 33051
 – Säuglingshöften bei U3. 01722
 – Schädel durch Fontanelle beim Säugling 33052
 – Schilddrüsen 33012
 – Schwangerschaft. 01772
 – Speicheldrüsen 33011
 – Thoraxorgane. 33040
 – transkavitäre Untersuchung, Zuschlag 33090
 – Uro-Genital-Organe 33043
 – Venen einer Extremität 33076
 – weibliche Genitalorgane 01902, 33044, 33074
 – Zuschlag bei transkavitärer Untersuchung 33090
 – Zuschlag für farbcodierte Untersuchung 33075
 – Zuschlag für optische Führungshilfe 33091
 Sozialpädiatrische Versorgung 04355, 04356
 Sozialpsychiatry-Vereinbarung 88895
 Soziotherapie 30800, 30810, 30811
 – Erstverordnung 30810
 – Folgeverordnung 30811
 SPECT 17362, 17363
 Speichelsteinentfernung m. Gangschlitzung 09362
 Speiseröhre
 – Röntgendiagnostik 34246
 Sperma, physikalisch-morphologische Untersuchung. 32190
 Spermagewinnung, Untersuchung 08540
 Spermien - Antikörper 32507
 Sphingomyelin-Ratio-(Quotient-)Test, chromatographische Bestimmung 32313
 Spinalanalogie 30731
 Spinalanästhesie 05330, 30730, 30740, 30751
 Spinale Muskelatrophie. 11410, 11411
 Spinalnervenanalgesie und Analgesie der Rami communicantes 30724
 Spirographische Untersuchung
 – Hausarzt 03330
 – Internist. 13250, 13255
 – Kinderarzt. 04330
 – physikalisch rehabilitative Medizin 27330
 Spondylarthritis, seronegativ 13700, 18700
 Sprach- und Stimmtherapie in Phoniatrie u. Pädaudiologie 20360
 Sprachaudiometrische Bestimmung des Hörvermögens 09321
 – Zuschlag Kinderaudiometrie 09322
 – Zuschlag 20321
 Sprache, Untersuchung. 09331, 20331
 Sprachentwicklung, orientierende Untersuchung. 03351, 04353
 Sprechprothese
 – pharyngo-tracheale Wechsel/Entfernung 20334
 – Wechsel u./o. Entfernung einer 09350

Spreizspekulum, Untersuchung mit. 13257
 Spurenelemente 32283
 Sputum 32721
 Squamous cell carcinoma Antigen (SCC) 32396
 SS-A-, SS-B-Antikörper. 32492
 Stanzbiopsie der Mamma
 – unter Ultraschallsicht 08320
 – Zuschlag 34271
 Stanzbiopsie im Rahmen der Abklärungs-
 diagnostik 01755
 Stein, (chemische) Analyse 32316
 Stein, (spektographische) Analyse 32317
 Steinertrümmerung Zusatzpauschale 13431
 Stellatumblockade 30721, 30724
 Sterilisation 01850–01857
 – Beratung 01850
 – Frau. 01855
 – Mann 01854
 – Untersuchung. 01851
 STH (somatropin) 32370
 Stimm- u./o. Sprachtherapie
 – Aachner Aphasietest (AAT) 16371
 – Eingangsdiagnostik vor der
 Erstverordnung 20371, 16371
 – Einzelbehandlung. 20360
 – Gruppenbehandlung 20361
 Stimme, Untersuchung 09330, 20330
 Stimmfeldmessung
 – Hals-Nasen-Ohren 09333
 – Phoniatrie und Pädaudiologie. 20333
 Stimmlippen, Stroboskopische
 Untersuchung. 09314, 20313
 Stirnhöhle
 – Anbohrung 09362
 – Bougierung 09361
 Stoßwellenlithotripsie, extrakorporale (EWSL) 26330
 Strahlentherapie gut-/böartiger
 Erkrankungen. 25310–25323
 – Linearbeschleuniger 25321
 – Telekobaltgerät 25320
 – Weichstrahl-, Orthovolt-, Hochvolt-
 therapie. 25310
 Strahlentherapie, Kostenpauschalen für
 Sachkosten 40840
 Streptokokken, betahämolisierende 32740
 Streptokokken, Schnelltest 32152
 Streptolysin O-Antikörper. 32130
 Stroboskopische Untersuchung der
 Stimmlippen 09314, 20313
 Strukturpauschale, konservativ-
 belegärztliche. 36861, 36867
 Stuhlfett-Ausscheidung 32253
 Stuhluntersuchung

– einschl. anaerober Untersuchung. 32722
 – einschl. auf Yersinien, Campylobacter 32723
 Stütz- u. Bewegungsapparat, Behandlung /
 Diagnostik
 – bei Jugendlichen u. Erwachsenen 07311, 18311
 – bei Neugeborenen, Säuglingen,
 Kleinkindern u. Kindern. 07310, 18310
 Stützlarngoskopie 09312, 20311
 Substanzbestimmung mittels DC, GC, HPLC 32314
 Substitutionsbehandlung der
 Drogenabhängigkeit 01949–01960
 Sympathikusblockade 30721 f.
 – in Blutleere. 30730
 Syndrom-Kurz-Test (SKT) 16340
 Synovia 32166
 Systemerkrankung, Behandlung 13500
 – Innere Medizin 13500
 – Kinder- und Jugendmedizin 04441
 Szintigraphische Untersuchung
 – Ganzkörper 17311 f.
 – Gehirn 17310
 – Herzmuskel 17330 f.
 – Lunge. 17310
 – Myokard 17330 f.
 – Schilddrüse. 17320
 – Teilkörper- 17310
 – Zuschläge 17360

T

T-Lymphozyten (Immunphänotypisierung) 32521
 T-Zellen, aktivierte (Immunphänotypi-
 sierung). 32525
 T-Zellen, zytotoxische (Immunphänotypi-
 sierung). 32526
 Tacrolimus 32379
 Tamponade, Nase. 09310
 Tape-Verband. 02350
 (Teil-)Koloskopie
 – Internist. 13422
 – Kinderarzt. 04518
 Telefax, Kostenpauschalen 40120–40126
 Telefonischer Kontakt. 01435
 Telekonsiliarische Befundbeurteilung
 von Röntgen- und/oder CT-Aufnah-
 men. 34800–34821
 Telemedizin
 – Funktionsanalyse Kardioverter bzw.
 Defibrillator oder CRT-P, CRT-D 04414, 04416,
 13574, 13576
 TENS (Transkutane elektrische Nerven-
 stimulation). 30712
 Terminale Desoxynukleotidyl- Transferase
 (TdT) 32161
 Testbriefchen, Kostenpauschalen 40152

Testosteron	32358	Toxizitätsadaptierte Behandlung	13502
Testseren		Toxoplasma	32833
– agglutinierende	32541	Toxoplasma-Antikörper	
– konglutinierende	32541	– Nachweis	32569
Testverfahren - bei Demenzverdacht		– quantitativ, nach Suchtest	32571
– Hausärzte	03242	Toxoplasma-IgG-Antikörper Avidität	32640
– Neurologie, Neurochirurgie	16340	Toxoplasma-IgM-Antikörper	32570
– Psychiater	21340	TPA, TPS (Tissue Polypeptide Antigen)	32397
Testverfahren - projektive	35602	TPHA, Treponemen-AK- Immunassay	32566
Testverfahren - psychometrische	35601	TPHA-Antikörper-Test	01800
Testverfahren - standardisierte	35600	TPZ, Thromboplastinzeit	32026
Tetanus-Antitoxin	32597	Trabekulotomie	31321
TFDD (Test zur Früherkennung von		Trägergebundene Reagenzien, Zuschlag	32089
Demenzen)	16340	Trainingsdialyse	04566, 13612
Thallium	32281	Tränengangsondierung bei Säugling und	
Theophyllin (Immunassay)	32345	Kleinkind	06352
Therapieeisengranula	32168	Transabdominale Blutentnahme,	
Thermotherapie der Hornhaut u./o.		Nabelschnur	01782
Bindehaut	06351	Transferrin	32106
Thorakoskopie	13670	Transfusion	02110, 02111
Thorax		Transplantation hämatopoetischer	
– CT-Untersuchung	34330	Stammzellen, nach Betreuung	13501
– MRT-Untersuchung	34430	Transport Briefe	
– Röntgendiagnostik	34220, 34240	– bis 20 g / Telefax / digital Kosten-	
– sonographische Untersuchung	33040	pauschale	40120
Thoraxchirurgischer Eingriff	31191–31198	– bis 50 g / Telefax / digital Kosten-	
Thrombelastogramm	32203	pauschale	40122
Thrombingerinnungszeit (TZ)	32115	– bis 500 g / Telefax / digital Kosten-	
Thromboplastinzeit		pauschale	40124
– aus Kapillarblut (TPZ)	32114	– bis 1000 g / Telefax / digital Kosten-	
– aus Plasma (TPZ)	32113	pauschale	40126
– partielle (PTT)	32112	Treponema pallidum, Bestätigungsteste	32568
– quantitative Bestimmung	32026	Treponemen, Untersuchung auf	32045
Thrombozyten-Antikörper	32504	Treponemenantikörper-Bestimmung	32567
Thrombozyten-Lebenszeit, nuklearmedi-		Treponemenantikörper-Nachweis	
zinische Bestimmung	17350	– FTA-ABS	32568
Thrombozytenfunktion	32228	– TPHA/TPPA-Test	01800, 32566
Thrombozytenzählung	32037	Trichogramm	32170
Thyreoglobulin	32420	Trichomonaden	32681
Thyreoglobulin-Antikörper	32502	Trichrom-Färbung auf Protozoen	32186
Thyrotropin	32101	Triglyceride	32063
Thyroxin, freies (fT4)	32320	Trijodthyronin (fT3), freies	32321
Tine-Test	02200	Trommelfell, Schienung u./o. Aufrichtung	09361
Tinnitus, Zusatzpauschale bei der		Troponin, immunologischer Nachweis	32150
Diagnostik	09343, 20343	Trypsin	32375
Tissue Polypeptide Antigen (TPA, TPS)	32397	TSH	32101
Tokographie vor 28 SSW	01785	TSH-Rezeptor-Antikörper	32508
Tonometrie, fortlaufende	06310	Tuberkulintestung	02200
Tonschwellenaudiometrie	09320, 20320	Tuberkulosebakterien, Differenzierung	32764
– Zuschlag für Kinderaudiometrie	20322	Tumorbehandlung, Nachbetreuung nach	
– Zuschlag für Sprachaudiometrie	20321	– bei Säugling, Kleinkind, Kind o. Jugend-	
Totale Koloskopie - Krebsfrüherkennung	01741	lichen (s. auch bei Nachsorge)	04443
Toxine, bakterielle	32749	Tumormarker	32390

Tumorszintigraphie 17310
 Tuschepräparat auf Kryptokokken 32180
 Tympanometrie 09324, 20324
 Tympanoplastik 31231
 – Zusatzpauschale für postoperative
 Nachsorge 09365, 20365

U

U1- Untersuchung 01711
 U1-RNP-Antikörper 32492
 U2- Untersuchung 01712
 U3- Untersuchung 01713
 U4- Untersuchung 01714
 U5- Untersuchung 01715
 U6- Untersuchung 01716
 U7- Untersuchung 01717
 U7a - Untersuchung 01723
 U8- Untersuchung 01718
 U9- Untersuchung 01719
 Übende Verfahren
 – bei Kindern und Jugendlichen,
 Gruppenbehandlung 35113
 – Einzelbehandlung 35111
 – Gruppenbehandlung 35112
 Überdruckbeatmung, intermittierend 02500
 Überwachung der Vitalfunktionen 05340
 Überwachung, dokumentierte 05361, 30760
 Überwachungskomplexe, postoperativ
 – nach ambulanter Operation 31501–31507
 – nach belegärztlicher Operation 36501–36507
 Überweisungsschein, alleinige
 Ausstellung 01430, 01820
 Ulcera Cruris, arterielle 02310, 02312
 Ulcera cruris, Behandlungskomplex 02312
 Ultraschall Wärmetherapie 02510
 Ultraschallkontrolle nach Applikation eines
 Intrauterinpeppers (IUP-Applikation) 01831
 Ultraschalluntersuchungen 33000
 – Auge 33000
 – einer Brustdrüse 33041
 – Hüftgelenk bei Säuglingen oder
 Kleinkindern 01722, 33051
 – im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 01770
 – Schädel bei Säuglingen oder Kleinkindern 33052
 – Schilddrüse 33012
 – zur Feststellung des Schwangerschafts-
 alters 01902
 Ulzeration(en), Ligatur(en) bei 04515, 13401
 Untersuchung
 – auf Blut im Stuhl, Krebsfrüherkennung 01737 f.
 – auf Blut im Stuhl, kurativ 32040
 – auf Chlamydia trachomatis-Antigen 01812
 – auf D-Weak 01805

– auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBs-Ag) 01810
 – auf HIV-Antikörper 01811
 – elektrophysiologische 06312
 – externe kardiographische (CTG) 01786
 – neurophysiologische 04436
 – postnatale zytogenetische 01838, 01839
 – präanästhesiologische 05310
 – pränatale zytogenetische 01793
 – Tokographische 01785
 – und Beratung der Wöchnerin 01815
 Unterwasserdruckstrahlmassage 30402
 Unvorhergesehene Inanspruch-
 nahme 01100, 01101
 Ureterverweilschiene
 – Einlegen/Wechsel/Entfernen
 einer 26322, 26323
 – Entfernung mittels Endoskopie 26324
 Urethradruckprofilmessung 26312
 Urethro(-zysto)skopie 08311
 – der Frau 26311
 – des Mannes 26310
 Urethrozystographie oder Refluxzysto-
 gramm 34256
 Urin
 – morphol. Bestandteile i. Sammelharn 32052
 Urinuntersuchung 32720
 Uro-Genital
 – Sonographie 33043
 Urographie 34255
 Urologischer OP- Eingriff, primäre Wundver-
 sorgung
 – bei Säuglingen, Kleinkindern u. Kindern 26352
 UV-Bestrahlung
 – als Photo-Chemotherapie 30430
 – bei einem Neugeborenen 02520
 – selektiv 30430

V

Vaginalatresie, plastische Operation 31301
 Vaginalring, wegen einer Krankheit 08330
 Vaginoskopie 08332
 Vakuumbiopsie der Mamma 34274
 – ultraschallgesteuert 08320
 – Zuschlag 01759
 Varicella-Zoster-Virus- Antikörper-Nachweis
 im Rahmen der Empfängnisregelung 01833
 Varicella-Zoster-Virus-(IgM-)Antikörper 32629 f.
 Varikozelen, Embolisations-/Sklerosierungs-
 behandlung 34297
 Varizen
 – Ligatur(en) 13401
 – Verödung 30501
 Vaskulitis 13700

Vasopressin. 32415
 Venae sectio 02302, 10342
 Venenkatheter, legen eines zentralen . . . 02300
 VEP
 – Kinder- u. Jugendmedizin 04436
 – Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie. . . . 14331
 – Nuklearmedizin. 16321
 – Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 21321
 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen 35110
 Verband, fixierender 02350
 Verbände 07330, 07340
 Verbandlinse, Anpassung 06340
 Verbrennung(en), Behandlung 07340
 Verhaltenstherapie 35421 f., 35425, 35543–35559
 – Zuschlag gem. Präambel Abschn. 35.2 . . 35571
 Verotoxin 32705
 Versandmaterial, Kostenpauschalen 40100, 40104, 40106
 – Langzeit-EKG-Datenträger 40106
 – Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien 40104
 Verschiebeplastik, Deckung eines Hautdefektes 10341
 Verschlussplethysmographische Untersuchung. 30500
 Versichertenpauschale, Hausarzt 03000
 – bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 03030
 – Vorhaltepauschale, hausärztl. Praxisstrukturen 03040
 – Zuschlag, chronische Erkrankung 03220 f.
 – Zuschlag Medikationsplan 03222
 – Zuschlag nichtärztliche Praxisassistenten 03060 f.
 Versichertenpauschale, Kinderarzt 04000
 – bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 04030
 – Vorhaltepauschale, hausärztl. Praxisstrukturen 04040
 – Zuschlag, chronische Erkrankung 04220 f.
 – Zuschlag Medikationsplan 04222
 Verwaltungskomplex 01430
 Verweilen außerhalb der Praxis. 01440
 Verweilen im Gebärraum 08410
 Verweilsonde
 – Einführung am Auge 06350
 – Legen einer. 13431
 Vesikulographie. 34260
 Vestibulo-cochleären Erkrankung, Abklärung
 – mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen 09324
 Videostroboskopie 09318, 20314
 Viren
 – Elektronenmikroskopischer Nachweis . . 32792

– Typisierung in Zellkulturen 32795
 Virologische Untersuchungen. . . 32780–32795
 Visceralchirurgischer Eingriff . . . 31151–31158
 – endoskopisch. 31161–31168
 Viseralchirurgische Erkrankung, Diagnostik / Therapie 07320
 Visite, auf Belegstation 01414
 – dringende. 01412
 Vitalfunktionen, Überwachung der 05340
 Vitamine
 – B 12 32373
 – chromatographische Bestimmung 32306
 – D 32413
 – D 3 32421
 Vorsorgeuntersuchung, Schwangerschaft 01770
 Vulvektomie. 31301

W

Wachstumshormon (HGH), Somatotropin (STH) 32370
 Wärmetherapie 02510
 Warzenentfernung 02300, 06350, 10340
 Wasserbruch
 – Operation 31271
 – Punktion 02340
 Wasserhaushalt. 32247
 Wechsel/Entfernung Sprechprothese . . . 20334
 Wegepauschale f. Teilnahme an Fallkonferenzen 40852
 Weichstrahl-, Orthovolttherapie. 25310
 weiterführende sonographische Diagnostik, Schwangerschaft 01772 f.
 Wendung
 – äußere 08413
 – innere oder kombinierte 08414
 Westernblot. 32660
 Wiederbelebung 01220
 Wiederholungsrezept 01430
 Willebrand-Faktor-Multimere 32229
 Wirbelsäule
 – bildwandlergestützte Intervention 34503
 – CT-Untersuchung. 34311
 – degenerative Erkrankung. 18331
 – Funktionsdiagnostik 18331
 – kontinuierliche Mitbetreuung bei Erkrankung der 16232
 – MRT-Untersuchung 34411
 – Röntgendiagnostik 34221
 Wirtschaftlichkeitsbonus 32001
 Wohnheim, Besuch in beschützendem . . 01413
 Wunddebridement 02310, 07340, 18340
 Wunde
 – Behandlung einer ausgedehnt offenen . 10330

- Behandlung von sekundär-
heilenden 07340, 18340
- Wundheilungsstörungen
- Behandlung von septischen . . . 07340, 18340
- Wundtamponade 02310, 07340, 18340
- Wundversorgung, primäre 02300
- Augenheilkunde 06350, 06351, 06352
- mit Naht 02301
- bei Säuglingen, Kleinkindern u. Kindern . 02302
- Hautärzte 10340–10342
- HNO 09361, 09362
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen 15322 f.
- Urologen 26350
- Wurzelkanalbehandlung 15324

X

X-Chromatin-Bestimmung

- im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01793
- im Rahmen der Reproduktionsmedizin . 08573
- Xanthelasmata, Entfernung 06352
- Xeroradiographietechnik 34232

Y

Y-Chromatin-Bestimmung

- im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge . 01793
- im Rahmen der Reproduktionsmedizin . 08573
- Yersinien 32598
- Yersinien-Antikörper 32598, 32663
- Yoga 35111

Z

- Zell- o. Gewebsstrukturen, Identifizierung an
morphologischem Untersuchungsgut . . . 19332
- Zellkern- oder zytoplasmische Antigene,
Antikörper gegen 32492
- Zellmaterial, Gewinnung aus der Gebä-
rmutterhöhle 08340
- Gewinn. a. Vaginalschleimhaut o.
Muttermund (kurativ) 08340
- Zellmaterialentnahme Ektozervix u.
Endozervix 01825
- Zentral-auditive Wahrnehmungsstörung,
Abklärung

- Zusatzpauschale 20370
- Zentromerantigene, Antikörper gegen . . . 32493
- Zeugnis, auf Verlangen der Krankenkasse . 01620
- Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien . 32176
- Zink 32267
- Zirkulärer Verband, des Kopfes/Rumpfes . 02350
- Zusatzpauschalen
- Beobachtung und Betreuung . . . 01510–01531
- pädiatrische Pneumologie 04530
- Zuschlag
- bei diamorphingestützte Beh. am Sa,
So u. ges. Feiertag 01956
- bei substituionsgest. Beh. am Sa, So u.
ges. Feiertag 01951
- Chroniker 03220 f., 04220 f.
- Defibrillation im Notfall 01222
- für therapeut. Gespräch bei substitu-
tionsgest. Beh. 01952
- Hautkrebs-Screening zur Gesundheits-
untersuchung 01746
- Koniotomie 01221
- Neugeborenen-Hörscreening 01704
- Zwölffingerdarm
- Röntgendiagnostik 34247
- Zystographie der Mamma 34260
- Zystoskopie 08311, 26310
- Zytogenetische Untersuchung
- postnatale - Empfängnisregelung . . . 01838
- pränatale, Mutterschaftsvorsorge. . . . 01793
- Zytologische Untersuchung
- eines Materials 19310
- eines Materials mit DNA-Bestimmung . . 19330
- Empfängnisregelung 01826
- Krebsfrüherkennung 01733
- zur Diagnostik der hormonellen Funktion . 19331
- zytoplasmatische Antigene neutrophiler
Granulozyten (ANCA) 32496
- Zytostatika (Immunoassay) 32344
- Zytostatikapumpe, Erstprogrammierung . . 02120
- Zytotoxische T-Zellen, Differenzierung u.
Quantifizierung 32526