



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 2. Quartal 2024

Arztgruppen-EBM

Hausarzt

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen.	8
1	Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur.	8
1.1	Bezug der Allgemeinen Bestimmungen.	8
1.2	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche.	8
1.2.1	Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen	9
1.2.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe. . .	9
1.3	Qualifikationsvoraussetzungen.	9
1.4	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen. .	9
1.5	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen.	9
1.6	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . .	10
1.7	Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung.	10
1.8	Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen.	10
1.9	Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen.	10
2	Erbringung der Leistungen.	10
2.1	Vollständigkeit der Leistungserbringung.	10
2.1.1	Fakultative Leistungsinhalte.	11
2.1.2	Unvollständige Leistungserbringung.	11
2.1.3	Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.	12
2.1.4	Berichtspflicht.	12
2.1.5	Ausnahme von der Berichtspflicht.	13
2.1.6	Beauftragung zur Erbringung von in Pauschalen enthaltenen Teilleistungen.	13
2.2	Persönliche Leistungserbringung.	14
2.3	Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute.	14
3	Definition der Abrechnungsbestimmungen.	14
3.1	Behandlungsfall.	14
3.2	Krankheitsfall.	14
3.3	Betriebsstättenfall.	14
3.4	Arztfall.	15
3.5	Arztgruppenfall.	15
3.6	Zyklusfall.	15
3.7	Reproduktionsfall.	15
3.8	Zeiträume/Definitionen.	15
3.8.1	Kalenderjahr.	15
3.8.2	Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag.	15
3.8.3	Im Zeitraum von X Tagen.	15
3.8.4	Im Zeitraum von X Wochen.	15
3.8.5	Behandlungstag.	16
3.8.6	Quartal.	16
3.8.7	Der letzten vier Quartale.	16
3.9	Weitere Abrechnungsbestimmungen.	16
3.9.1	Je vollendete nn Minuten.	16

3.9.2	Je Bein, je Sitzung.	16
3.9.3	Je Extremität, je Sitzung.	16
3.9.4	Gebührenordnungspositionen mit "bis" verknüpft.	16
4	Berechnung der Gebührenordnungspositionen.	16
4.1	Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.	17
4.2	Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . .	17
4.2.1	Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität.	18
4.3	Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung.	18
4.3.1	Arzt-Patienten-Kontakt.	18
4.3.2	Räumliche und persönliche Voraussetzungen.	21
4.3.3	Mindestkontakte.	21
4.3.4	Arztpraxisübergreifende Tätigkeit.	21
4.3.5	Altersgruppen.	21
4.3.5.1	Für Altersangaben gilt:	22
4.3.6	Labor.	22
4.3.7	Operative Eingriffe.	22
4.3.8	Fachärztliche Grundversorgung.	22
4.3.9	Ärztliche Zweitmeinung.	23
4.3.9.1	Einleitung der Zweitmeinung.	23
4.3.9.2	Berechnung der Zweitmeinung.	23
4.3.9.3	Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens	23
4.3.10	Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte.	24
4.3.10.1	Terminservicestellen-Terminfall.	24
4.3.10.2	Terminservicestellen-Akutfall.	25
4.3.10.3	Hausarztvermittlungsfall.	25
4.4	Abrechnungsausschlüsse.	27
4.4.1	Nicht neben/nicht nebeneinander.	27
4.4.2	Zuschlag.	27
5	Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte.	27
5.1	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.	27
5.2	Kennzeichnungspflicht.	28
5.3	Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen.	28
6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben.	28
6.1	Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale.	28
6.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.	28
6.2.1	Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3.	29
6.3	Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung. . .	29
7	Kosten.	29
7.1	Enthaltene Kosten.	29
7.2	Nicht berechnungsfähige Kosten.	30
7.3	Nicht enthaltene Kosten.	30
7.4	Berechnung von nicht enthaltenen Kosten.	30

II	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.	30
1	Allgemeine Gebührenordnungspositionen.	30
1.1	Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten.	30
1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst.	32
1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute.	41
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende.	43
1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge.	54
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien.	58
1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen).	69
1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.	70
1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen.	74
1.7.3	Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen.	78
1.7.3.1	Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening.	78
1.7.3.2	Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms.	82
1.7.4	Mutterschaftsvorsorge.	83
1.7.5	Empfängnisregelung.	85
1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe.	87
1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit.	88
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen.	93
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen.	93
2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen.	100
III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen.	101
III.a	Hausärztlicher Versorgungsbereich.	101
3	Hausärztlicher Versorgungsbereich.	101
3.1	Präambel.	101
3.2	Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung.	104
3.2.1	Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung.	104
3.2.1.1	Hausärztliche Versichertenpauschalen.	104
3.2.1.2	Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen.	108
3.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung.	113
3.2.3	Besondere Leistungen.	117
3.2.4	Hausärztliche geriatrische Versorgung.	122
3.2.5	Palliativmedizinische Versorgung.	124

III.b	Fachärztlicher Versorgungsbereich.	126
12	Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen.	126
12.2	Laboratoriumsmedizinische Pauschalen.	126
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . .	127
30	Spezielle Versorgungsbereiche.	127
30.1	Allergologie.	127
30.1.1	Allergologische Anamnese.	127
30.1.2	Allergie-Testungen.	128
30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung.	130
30.2	Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie.	131
30.2.1	Manuelle Medizin.	131
30.2.2	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom.	132
30.3	Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien.	138
30.3.1	Neurophysiologische Übungsbehandlung.	138
30.4	Physikalische Therapie.	139
30.5	Phlebologie.	143
30.6	Proktologie.	144
30.7	Schmerztherapie.	145
30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	148
30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen.	152
30.7.3	Körperakupunktur.	156
30.8	Soziotherapie.	158
30.9	Schlafstörungsdiagnostik.	159
30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V. . . .	161
30.12	Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA. . .	163
30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA).	164
30.12.2	Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA).	167
30.13	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung.	168
31	Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen.	172
31.1	Präoperative Gebührenordnungspositionen.	173
31.1.1	Präambel.	173
31.1.2	Präoperative Gebührenordnungspositionen.	173
31.4	Postoperative Behandlungskomplexe.	175
31.4.1	Präambel.	175
31.4.2	Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich.	177
31.6	Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen. .	177
31.6.2	Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen. .	177

32	In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin.	177
32.1	Grundleistungen.	179
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen.	188
32.2.1	Basisuntersuchungen.	188
32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen.	190
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen.	191
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen.	194
32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen.	194
32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen. . .	195
32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen.	197
32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen. . . .	197
33	Ultraschalldiagnostik.	198
35	Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie.	209
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen.	209
35.2	Antragspflichtige Leistungen.	221
35.2.1	Einzeltherapien.	224
35.2.2	Gruppentherapien.	232
35.2.3	Zuschläge.	240
35.2.3.1	Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2.	240
35.2.3.2	Zuschläge für Kurzzeittherapie.	241
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren.	242
36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich.	245
36.1	Präambel.	245
36.6	Belegärztlich konservativer Bereich.	245
36.6.1	Präambel.	245
36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen.	246
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL und der AKI-RL.	246
37.1	Präambel.	247
37.2	Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.	249
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä.	251
37.4	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	256
37.7	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL.	257
38	Delegationsfähige Leistungen.	261
38.1	Präambel.	261
38.2	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern.	262
38.3	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten.	263
V	Kostenpauschalen.	265
40	Kostenpauschalen.	265
40.1	Präambel.	265

40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien.	265
40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax.	266
40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest.	270
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen.	271
40.7	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen.	272
40.8	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe. . .	272
40.9	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämooclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren.	273
40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide.	273
40.11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe.	278
40.12	Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe. . .	278
40.13	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen.	279
40.14	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren.	279
40.16	Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening.	285
40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie.	285
VI	Anhänge.	287
1	Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen.	288
3	Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V.	327
4	Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen.	436
6	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).	439
8	Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503. .	470

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 1 aufgeführt. Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt werden, sind im Anhang 4 zum EBM aufgeführt.

1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

Die Inhalte dieser Allgemeinen Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen in Übereinstimmung mit übergeordneten Normen 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten vorbehalten.

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind nachfolgenden Bereichen zugeordnet:

- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen,
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen,
- IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen,
- V. Kostenpauschalen,
- VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen,

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

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

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

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

Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Tätigkeit auf das Fachgebiet zu beschränken, für das er zugelassen ist. Hiervon ausgenommen sind die unter 4.2.1 genannten Fälle sowie die in den Präambeln der einzelnen Fachgruppen geregelten Ausnahmen. Gleiches gilt für angestellte Ärzte. Gebührenordnungspositionen, deren Durchführung und 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 Durchführung und 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 durchgeführten Leistungen seines angestellten Arztes gemäß § 14a Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) auf der Basis des Beschlusses der Zulassungsgremien berechnen. Satz 3 und Satz 4 gelten entsprechend.

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.

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.

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.

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.

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 Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen

Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich grundsätzlich nach der aktuell gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder eine nach den vorher gültigen Weiterbildungsordnungen erworbene entsprechende Bezeichnung führen.

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 (Arzt Nummer), 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.

Ist im Leistungsinhalt ein Leistungsbestandteil mit „einschließlich“ benannt, handelt es sich um einen obligaten Leistungsinhalt.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und“ verbunden, müssen alle diese Leistungsinhalte durchgeführt werden. Sofern der obligate Leistungsinhalt Aufzählungen, bspw. durch Spiegelstriche ohne eindeutige Verknüpfung, enthält, müssen alle diese aufgezählten Inhalte durchgeführt werden.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „oder“ verbundenen Leistungsinhalte durchgeführt werden. Werden mehrere Leistungsinhalte durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition entsprechend den jeweils betreffenden durchgeführten Leistungsinhalten berechnungsfähig.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und/oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „und/oder“ aufgeführten Leistungsinhalte durchgeführt werden. Die Durchführung mehrerer Leistungsinhalte, die mit „und/oder“ verbunden sind, berechtigt nicht zur mehrfachen Abrechnung der Gebührenordnungsposition.

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.

2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

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

2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

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

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.

2.1.4 Berichtspflicht

Die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde in den unten genannten Fällen setzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V voraus, dass hierzu eine schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegt, die widerrufen werden kann. Gibt der Versicherte auf Nachfrage keinen Hausarzt an bzw. ist eine schriftliche Einwilligung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die nachstehend aufgeführten Gebührenordnungspositionen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

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, 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

35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 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, 01793, 01794, 01795, 01796, 01830, 01831, 01841, 01842, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08575, 08576, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 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 11, 17, 25, 33 und 34.

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.

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 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.

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 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) persönlich erbringt.

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.

3 Definition der Abrechnungsbestimmungen

3.1 Behandlungsfall

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

3.2 Krankheitsfall

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

3.3 Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (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.

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.

3.5 Arztgruppenfall

Der Arztgruppenfall ist definiert in § 21 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.

3.6 Zyklusfall

Der Zyklusfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 6 definiert.

3.7 Reproduktionsfall

Der Reproduktionsfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 7 definiert.

3.8 Zeiträume/Definitionen

3.8.1 Kalenderjahr

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Kalenderjahr. Das Kalenderjahr beginnt mit dem 1. Januar (00:00 Uhr) und endet mit dem nachfolgenden 31. Dezember (24:00 Uhr).

3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der Operation) sowie den zwei nachfolgenden Tagen. Der nachfolgende Tag umfasst jeweils den Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der jeweiligen Leistung) sowie den X - 1 nachfolgenden Tagen. Die nachfolgenden Tage umfassen den Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in der aktuellen Woche (beginnend mit dem Tag der Durchführung des Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition) sowie den X - 1 nachfolgenden Wochen. Die Woche umfasst den Zeitraum von 7 Tagen,

beginnend um 0:00 Uhr an dem Tag an dem die Leistung durchgeführt wird, bis zum 7. Tag 24:00 Uhr.

3.8.5 Behandlungstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am Kalendertag der Behandlung (an einem Datum, unabhängig von der Zahl der Sitzungen). Der Tag ist als Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr, definiert.

Für in-vitro-diagnostische Leistungen gilt das Datum des Tages der Probenentnahme als Behandlungstag. Bei einer mehrfachen Berechnung einer Gebührenordnungsposition am Behandlungstag ist die medizinische Notwendigkeit durch zusätzliche Angaben (Zeitpunkt, Material, Art der Untersuchung o. ä.) kenntlich zu machen.

3.8.6 Quartal

Unterteilung eines Kalenderjahres in 4 Kalendervierteljahre.

1. Quartal: 1. Januar bis 31. März,
2. Quartal: 1. April bis 30. Juni,
3. Quartal: 1. Juli bis 30. September,
4. Quartal: 1. Oktober bis 31. Dezember.

3.8.7 Der letzten vier Quartale

Umfasst den Zeitraum des Quartals, in dem der Inhalt einer Gebührenordnungsposition durchgeführt wird sowie die drei vorangegangenen Kalendervierteljahre.

3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen

3.9.1 Je vollendete nn Minuten

Die Gebührenordnungsposition ist erst berechnungsfähig, wenn die im obligaten Leistungsinhalt genannte Zeitdauer vollständig erfüllt wurde. Für eine Mehrfachberechnung muss die genannte Zeitdauer entsprechend mehrfach vollständig erfüllt sein.

3.9.2 Je Bein, je Sitzung

Ist eine Leistung in einer Sitzung einmal je Bein berechnungsfähig, kann diese bei der Behandlung beider Beine zweimal in einer Sitzung berechnet werden.

3.9.3 Je Extremität, je Sitzung

Ist eine Leistung in einer Sitzung einmal je Extremität berechnungsfähig, kann diese bei der Behandlung mehrerer Extremitäten entsprechend der Anzahl der in der Sitzung behandelten Extremitäten berechnet werden.

3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft

Sind Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft, bezieht sich die Angabe auf die zuerst angegebene, alle dazwischen liegenden sowie auf die zuletzt genannte Gebührenordnungsposition.

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 Vertragsärzten beim ersten kurativ-ambulantem oder kurativ-stationärem (belegärztlich) persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Behandlungsfall zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall (s. Allgemeine Bestimmung 4.3.4) berechnungsfähig und umfassen die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung. Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht in einem ausschließlich präventiv-ambulantem Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei einer kurativ-ambulantem und kurativ-stationärem (belegärztlich) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulantem Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärem 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 oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 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 BMV-Ä, ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale, sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Gebührenordnungsposition 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.

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

Gebührenordnungspositionen mit diagnostischem und/oder therapeutischem Leistungsinhalt sind als Einzelleistungen, Leistungskomplexe oder Zusatzpauschalen beschrieben. Mit Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des

Vertragsarztes und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

4.2.1 Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität

Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt sind bei Intersexualität oder Transsexualität entsprechend dem geschlechtsorganbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung berechnungsfähig. Für Versicherte gemäß Satz 1 dieser Bestimmung ist bei Urethro(-zysto)skopien die Gebührenordnungsposition 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. Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach dem Geschlecht der Versicherten richtet (z. B. Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen nach den Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748), sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung der Versicherten nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht für die Leistung entspricht.

Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten richtet und nicht auf ein Geschlecht beschränkt sind (z. B. Koloskopischer Komplex nach der Gebührenordnungsposition 01741), sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann entsprechend der in der jeweiligen Richtlinie aufgeführten niedrigeren Altersgrenze berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht.

Entspricht der geschlechtsorganbezogene Befund bei Intersexualität oder Transsexualität nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung, sind Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. Bei Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt besteht die in Abs. 4 Satz 1 genannte Kennzeichnungspflicht, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht bzw. nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht. Als Begründung ist der ICD-10-Kode für Intersexualität oder Transsexualität anzugeben. Bei Vorliegen der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht oder der Kennzeichnung „D“ für das diverse Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist keine kodierte Zusatzkennzeichnung anzugeben.

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 Kontakt und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und/oder einen mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt umfasst insbesondere die Interaktion des Vertragsarztes mit Bezugsperson(en) und setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt, Bezugsperson(en) und Patient an demselben Ort voraus.

Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä und andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig.

Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig.

Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, gilt:

1. Die Notfallpauschalen im organisierten Not(-fall)dienst, die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitels ist einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung einmal im Arztfall berechnungsfähig (s. Allgemeine Bestimmung 4.1). Es erfolgt ein Abschlag auf die Punktzahl der jeweiligen Notfall-, Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und den Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Gebührenordnungspositionen 03040, 03060, 03061 und 04040, den Zuschlägen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 und den Gebührenordnungspositionen 13294, 13296, 13344, 13346, 13394, 13396, 13494, 13496, 13543, 13544, 13594, 13596, 13644, 13646, 13694, 13696 und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 06225 für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1. Die Höhe des Abschlags beträgt
 - 30 % für die Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 9 und 20 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge und für die Gebührenordnungsposition 37706,
 - 25 % für die Grundpauschalen der Kapitel 7, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 26 und 27 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge,
 - 20 % für die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, die Grundpauschalen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23, die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 25214 und 30700 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge,
 - 10 % für die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212.

Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.

2. Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 und 4.3.10 und den Präambeln 3.1 Nr. 8, 4.1 Nr. 4 und 4.1 Nr. 11 erfolgen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.
3. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 01641, 03020, 04020, 05215, 05227, 06215, 06227, 07215, 07227, 08215, 08227, 09215, 09227, 10215, 10227, 11215, 12215, 13215, 13227, 13295, 13297, 13345, 13347, 13395, 13397, 13495, 13497, 13546, 13547, 13595, 13597, 13645, 13647, 13695, 13697, 14215, 14217, 15215, 16214, 16218, 17215, 18215, 18227, 19215, 20215, 20227, 21222, 21227, 21228, 22215, 22219, 23215, 24215, 25215, 26215, 26227, 27215, 27227, 30701, 30703 und 32001 sind nicht berechnungsfähig.
4. Die um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierte Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ist im Behandlungsfall nicht neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (s. Allgemeine Bestimmung 4.1) berechnungsfähig.
5. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88220 nachzuweisen.
6. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 30 % aller Behandlungsfälle des Vertragsarztes begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst nicht zu berücksichtigen.
Gebührenordnungspositionen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze. Die Obergrenze beträgt 30 % je berechneter Gebührenordnungsposition je Vertragsarzt und Quartal. Abweichend hiervon bezieht sich die Obergrenze bei Leistungen des Kapitels 35 auf das Punktzahlvolumen aller vom Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten berechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 35152. Für die Gebührenordnungsposition 35152 beträgt die Obergrenze gemäß Absatz 6 Satz 1 und 2 30% je Vertragsarzt und Quartal. Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst sind bei Anwendung der Obergrenze nicht zu berücksichtigen.
Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen durchgeführt werden.
Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 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.

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

Die Berechnung von Gebührenordnungspositionen 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 1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

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, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben.

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.

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. Lebenstag

- 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.

4.3.5.1 Für Altersangaben gilt:

Ein Lebensjahr beginnt am Geburtstag (00:00 Uhr). Somit entspricht das Lebensjahr dem Alter plus 1. Ein Lebensjahr ist mit Ablauf des Kalendertages vor dem Geburtstag vollendet (24:00 Uhr).

4.3.6 Labor

Die Gebührenordnungspositionen 01700, 01701, 12220, 12225 und 32001 sind bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im 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 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 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.
4. Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition des Operateurs zu berechnen. Führen Ärzte gemäß Präambel 3.1 bzw. 4.1 die postoperative Behandlung durch, ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31600 zu berechnen.

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.

4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung

4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 ist die Dokumentation der Indikation mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung.

Zweitmeinungsverfahren für Indikationen an paarigen Organen oder Körperteilen sind je Seite berechnungsfähig. Der ICD-10-Kode der jeweiligen Indikation ist mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe zu versehen.

4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung

Für die ärztliche Zweitmeinung gemäß § 3 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren sind in Abhängigkeit der Arztgruppe des Zweitmeiners die jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä einmal im Behandlungsfall zu berechnen.

Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sind vom abrechnenden Arzt eingriffsspezifisch und bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä, sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die Gebührenordnungspositionen 01444 und 01450 berechnungsfähig. Die jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen gelten entsprechend.

Bei Durchführung einer Videosprechstunde in Zusammenhang mit der Zweitmeinung gelten die Vorgaben gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen Absatz 5 Nr. 6 und Absatz 6 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens

Neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen zur Vergütung der ärztlichen Zweitmeinung sind ausschließlich gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren entsprechend den Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der ärztlichen Zweitmeinung gemäß Nr. 4.3.9.2 und medizinisch notwendiger Untersuchungsleistungen setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus. Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Untersuchungsleistungen sind vom abrechnenden Arzt bundeseinheitlich und eingriffsspezifisch nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

Werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens Untersuchungsleistungen veranlasst, so setzt die Berechnung der veranlassten Untersuchungsleistungen die bundeseinheitliche und eingriffsspezifische Kennzeichnung nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung voraus.

4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte

4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS (Terminservicestellen-Terminfall, kurz: TSS-Terminfall) erhält der Arzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält der Arzt einen Aufschlag in Form einer Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Die Höhe der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- vom gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 217 Punkte
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 173 Punkte
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 87 Punkte.

Bei der Abrechnung des Zuschlags bzw. der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist das zutreffende Zeitintervall des TSS-Terminfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 kann nur in Fällen, in denen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) durchgeführt werden, berechnet werden.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall

Gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V ist Versicherten durch die TSS in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln (Terminservicestellen-Akutfall, kurz: TSS-Akutfall).

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund der Vermittlung eines TSS-Akutfalles erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 200 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist der TSS-Akutfall durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

Für die Vermittlung eines Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ist die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen berechnungsfähig.

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) erhält der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist berechnungsfähig, sofern eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt
- oder
- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) war aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar.

Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag nach der Feststellung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Feststellung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Feststellung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist das zutreffende Zeitintervall des Hausarztvermittlungsfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten

Terminvermittlung durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

4.4 Abrechnungsausschlüsse

4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.

4.4.2 Zuschlag

Als Zuschlag benannte Gebührenordnungspositionen sind nur in derselben Arztpraxis berechnungsfähig, welche die dem Zuschlag zugrunde liegende Gebührenordnungsposition berechnet hat. Zuschläge sind nur im zeitlichen Zusammenhang mit der in der Grundleistung ggf. genannten Abrechnungsbestimmung berechnungsfähig. Ist keine Abrechnungsbestimmung genannt, ist der Zuschlag nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

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 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 schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen der Präambel 13.1 Nrn. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. In pädiatrischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 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. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, erfolgt der Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen auf Basis der um die

Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

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. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) 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 31.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 bzw. der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 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.

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, richten sich die Berechnungsfähigkeit der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er in diesem Behandlungsfall überwiegend tätig war und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel nichts anderes bestimmt ist. Der Vertragsarzt darf im Behandlungsfall nur eine Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale berechnen.

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. 6.1) - unter Berücksichtigung von 1.3 dieser Bestimmungen nach den berechnungsfähigen Leistungen der Gebiete, in denen er seine

vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dies gilt gemäß 2.1.3 nicht für inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.

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 4.4 und/oder 4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 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 4.4, 4.5 und/oder 13.3 möglich. Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert.

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.

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, insbesondere Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Telefaxen, digitalen Befunddatenträgern sowie Kosten 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.

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.

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.

7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten

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

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.

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	23,39 €
- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr	196 Punkte

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

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.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01101 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten 37,35 €
313 Punkte

- 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

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.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01102 **Inanspruchnahme** des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr 12,05 €
101 Punkte

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.

Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01412, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01102 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

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. 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.
2. Bei der ersten persönlichen Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Die Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212 sind im organisierten Not(-fall)dienst zudem auch bei erster Inanspruchnahme im Rahmen einer Videosprechstunde entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall berechnungsfähig. Für jede weitere Inanspruchnahme 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 berechnungsfähig.
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 und Krankenhäusern bei Inanspruchnahmen 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 30.09.2013: 475 Punkte, 01.10.2013 bis 31.03.2015: 168 Punkte.
7. 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, 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,
 - 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 Kleinkindernoder
 - 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.

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

5,37 €
45 Punkte

- 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,

einmal im Behandlungsfall

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 bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 01205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01205 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01205 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01207, 01210 und 01212 berechnungsfähig.

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 9,55 €
80 Punkte

- 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,
- Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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 bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde 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, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01207 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01207 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01210 und 01212 berechnungsfähig.

- 01210 Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 14,32 €
120 Punkte
- 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
- oder
- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
 - Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),
- einmal im Behandlungsfall
- 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 bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.*
- Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01212 berechnungsfähig.*
- 01212 Notfallpauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 23,27 €
195 Punkte
- 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

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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 bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01212 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01210 berechnungsfähig.

01214 Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

5,97 €
50 Punkte

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 bei Inanspruchnahme außerhalb der in den Gebührenordnungspositionen 01216 und 01218 angegebenen Zeiten,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01214 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01216 Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme 16,71 €
140 Punkte

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01216 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01216 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01218 Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme 20,29 €
170 Punkte

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01218 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01218 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01220 Reanimationskomplex

122,56 €

Obligater Leistungsinhalt

1027 Punkte

- 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

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.

Die Gebührenordnungsposition 01220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01220 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

01221 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220

24,23 €

Obligater Leistungsinhalt

203 Punkte

- Koniotomie
und/oder
- Endotracheale Intubation(en)

Die Gebührenordnungsposition 01221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01221 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|-----------------------|
| 01222 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>
- Elektrodefibrillation(en)
und/oder
- Elektrostimulation(en) des Herzens | 34,37 €
288 Punkte |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 01222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 05372 und 13551 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01222 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i> | |
| 01223 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall | 15,28 €
128 Punkte |
| | <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01223 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01223 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i> | |
| 01224 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall | 23,27 €
195 Punkte |
| | <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i>
<i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01226 berechnungsfähig.</i> | |
| 01226 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, | 10,74 €
90 Punkte |

einmal im Behandlungsfall

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

Die Gebührenordnungsposition 01226 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01226 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01226 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01224 berechnungsfähig.

1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute

1. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

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 10,98 €
92 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 01320 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01321, 01600, 01601 und 37706 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|--|-----------------------|
| 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 | 18,97 €
159 Punkte |
|-------|--|-----------------------|

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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.

Die Gebührenordnungsposition 01321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01320, 01600, 01601 und 37706 berechnungsfähig.

01322 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01320 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01322 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 01322 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

01323 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01323 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 01323 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende

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 Richtlinie 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.
6. Die Gebührenordnungspositionen 01442, 01444 und 01450 können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Videodiensteanbieters für die Arztpraxis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
7. Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 und/oder 4 abzurechnen.
8. Die Gebührenordnungsposition 01474 kann ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.

01410 **Besuch eines Kranken**, wegen der Erkrankung ausgeführt

25,30 €
212 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01410 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie oder im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Die Gebührenordnungsposition 01410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01411 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01411 **Dringender Besuch** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

55,97 €
469 Punkte

- 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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01411 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen

des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Die Gebührenordnungsposition 01411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01412 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

- 01412 Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt 74,71 €
626 Punkte
- 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

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.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01412 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 01412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411, 01413 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

- 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 12,65 €
106 Punkte
- 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

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.

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist entgegen der Leistungslegende auch im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie berechnungsfähig. In diesem Fall ist die Berechnung durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01413 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01410 bis 01412, 01414, 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01414 **Visite** auf der Belegstation,
je Patient

10,38 €
87 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01414 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418 und 01721 berechnungsfähig.

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

65,16 €
546 Punkte

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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01415 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 01415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01414, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01416 **Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport** zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung,
je vollendete 10 Minuten

13,96 €
117 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01440 berechnungsfähig.

01418 Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	92,85 € 778 Punkte
<i>Die Gebührenordnungsposition 01418 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01415, 01721, 01949, 01950, 01953, 01955 und 05230 berechnungsfähig.</i>	
01425 Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V	30,19 € 253 Punkte
01426 Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V, höchstens zweimal im Behandlungsfall	18,14 € 152 Punkte
01430 Verwaltungskomplex <i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1,43 € 12 Punkte
- 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	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen	
<i>Die Gebührenordnungsposition 01430 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.</i>	
<i>Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.</i>	
01431 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 für ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte	0,36 € 3 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt,	

- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten

Die Gebührenordnungsposition 01431 ist höchstens 4-mal im Arztfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01431 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 - 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 01431 nicht berechnungsfähig.

01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

10,50 €
88 Punkte

Obligater 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 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen

einmal im Behandlungsfall

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 - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01431, 40128 und 40129 - nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

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

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01438 berechnungsfähig.

01436 Konsultationspauschale

2,15 €
18 Punkte

Obligater 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)) 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

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 oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 01436 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03000, 03030, 04000, 04030, 30700 und 37706 berechnungsfähig.

01442 Videofallkonferenz mit der / den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

10,26 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Videofallbesprechung zwischen dem behandelnden Vertragsarzt, der die Koordination von diagnostischen und/oder therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen und/oder der pflegerischen Versorgung für den Patienten durchführt und der Pflege(fach)kraft /den Pflege(fach)kräften, die an der Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit des Patienten oder einer Pflegeeinrichtung oder einer beschützenden Einrichtung beteiligt ist/ sind in Bezug auf den chronisch pflegebedürftigen Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01442 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01442 ist nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

Für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01442 gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 01442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37720 berechnungsfähig.

01444 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und zu den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01320, 01321, 25214, 30700 und 37706 für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten gemäß Anlage 4b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durch das Praxispersonal 1,19 €
10 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Praxispersonal-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallbesprechung gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten,
- Überprüfung der vorgelegten eGK gemäß Anlage 4b zum BMV-Ä,
- Erhebung der Stammdaten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01444 ist nur für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten berechnungsfähig, sofern im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattfinden oder im Behandlungsfall ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä vor einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

01450 Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01320, 01321, 01442, 01670 bis 01672, 01682, 25214, 30210, 30700, 30706, 30932, 30933, 30948, 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152, 35173 bis 35178, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718, 35600, 35601, 37120, 37320, 37400, 37550, 37700, 37706 und 37720 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen 4,77 €
40 Punkte

einer Videosprechstunde oder für eine Videofallkonferenz gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) oder für ein Videokonsilium gemäß § 1 Absatz 5 der Telekonsilien-Vereinbarung

Obligater Leistungsinhalt

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten oder
- Videofallkonferenz gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä oder
- Videokonsilium gemäß § 1 Absatz 5 der Telekonsilien-Vereinbarung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dokumentation,
 - Erneute Einbestellung des Patienten,
- je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz oder Videokonsilium

Für die Gebührenordnungsposition 01450 wird ein Punktzahlvolumen je Vertragsarzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 durchgeführten 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 als Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01442, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37550 und 37720 ausschließlich berechnungsfähig, sofern die Fallkonferenz bzw. Fallbesprechung als Videofallkonferenz durchgeführt wird, die die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der die Videofallkonferenz initiiert, berechnungsfähig. Dabei gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Vertragsarzt und je Videofallkonferenz.

Für die Gebührenordnungsposition 01450 gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Gruppenbehandlung nach den Gebührenordnungspositionen 14221, 21221, 22222, 30933, 35112, 35113, 35173 bis 35178, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708 und 35713 bis 35718, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 durchgeführten Leistungen je Gruppenbehandlung zu vergüten sind.

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist als Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01670, 01671 und 01672 nur berechnungsfähig, sofern die Leistungen im Rahmen eines Videokonsiliums durchgeführt werden, das die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der das Videokonsilium initiiert, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten

berechnungsfähig, sofern diese das Videokonsilium mit einem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt initiieren.

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist im Zusammenhang mit einer Videofallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 01682 nur berechnungsfähig, sofern der Videodienstleister des Vertragsarztes genutzt wird.

- 01471 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,64 €
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01471 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 01471 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30780 berechnungsfähig.

- 01472 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,64 €
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01472 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01472 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30781 berechnungsfähig.

- 01473 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,64 €
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01473 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01473 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01473 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01475 berechnungsfähig.

- 01474 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V bei folgenden Indikationen:** 7,64 €
64 Punkte

- Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (Modul Agora)

oder

- Panikstörung (Modul Panik)

oder

- Soziale Phobien (Modul Sozial),

je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01474 ist ausschließlich bei Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 66. Lebensjahr berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|---------------------|
| 01475 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Oviva Direkt für Adipositas gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,
einmal im Krankheitsfall | 7,64 €
64 Punkte |
|-------|---|---------------------|

Die Gebührenordnungsposition 01475 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01473 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|---------------------|
| 01476 | Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,
einmal im Krankheitsfall | 7,64 €
64 Punkte |
|-------|---|---------------------|

Die Gebührenordnungsposition 01476 ist ausschließlich bei Versicherten ab Vollendung des 12. Lebensjahres berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01476 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01477 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|--|---------------------|
| 01477 | Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,
einmal im Behandlungsfall | 7,64 €
64 Punkte |
|-------|--|---------------------|

Die Gebührenordnungsposition 01477 ist ausschließlich bei Versicherten ab der Vollendung des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01477 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01476 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|---------------------|
| 01480 | Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>
- Aushändigung von Aufklärungsunterlagen,
- Aushändigung eines Organspendeausweises, | 7,76 €
65 Punkte |
|-------|---|---------------------|

- Übertragung der Information, dass ein Organspendeausweis vorhanden ist, auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur alle zwei Kalenderjahre berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01480 ist bei Versicherten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 01480 ist eine mindestens 5 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01480.

1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend den 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 1.5 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 sind ausschließlich im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM berechnungsfähig. Sofern in einer Leistung nach einer Gebührenordnungsposition der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM bereits eine Nachbeobachtung enthalten ist, ist gemäß der jeweiligen Vorgabe in Spalte 3 des Anhangs 8 EBM lediglich die Gebührenordnungsposition 01502 oder 01503 berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01502 sowie die Gebührenordnungspositionen 01501 und 01503 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert der Abrechnungshäufigkeit je Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition aus Spalte 1 des Anhangs 8 EBM. Bei mehreren Indikationen zur Nachbeobachtung oder Überwachung in einer Sitzung ist der Höchstwert mit der größten Stundenzahl für die Berechnungsfähigkeit maßgeblich.

01500 Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8

12,05 €
101 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung,
- Dauer 30 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalparameter,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 02340, 02342, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 13610 bis 13612, 30326, 30708, 32247 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.3, 31.5, 36.3 und 36.5 berechnungsfähig.

01501 Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8 16,83 €
141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Dauer 30 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 02340, 02342, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 13256, 13610 bis 13612, 30326, 30708, 32247 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.3, 31.5, 36.3 und 36.5 berechnungsfähig.

01502 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8, 8,35 €
70 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01502 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30326 berechnungsfähig.

01503 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8, 12,77 €
107 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01503 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30326 berechnungsfähig.

Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung

Obligater 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, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV 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, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern und/oder einer Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation und/oder nach subkutaner Injektion von Trastuzumab

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, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV

und/oder

- Beobachtung und Betreuung einer Patientin, bei der ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag der Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme, entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08537 oder 08637

und/oder

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

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V unter intravenöser Infusionstherapie mit hochdosierten Immunglobulinen (IVIG) zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en)

01510	Dauer mehr als 2 Stunden	52,87 € 443 Punkte
01511	Dauer mehr als 4 Stunden	104,06 € 872 Punkte
01512	Dauer mehr als 6 Stunden	155,02 € 1299 Punkte

Für die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ist nur die Gebührenordnungsposition 01510 berechnungsfähig, in begründeten Ausnahmefällen unter Angabe des Präparates und der Infusionsdauer sind die Gebührenordnungspositionen 01511 oder 01512 berechnungsfähig.

Für die Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe sind nur die Gebührenordnungspositionen 01510 und 01511 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512 sind zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie) nur berechnungsfähig, sofern aufgrund der hohen Einzeldosierung eine Infusionsdauer von über 2 Stunden erreicht wird. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen bei diesen Indikationen setzt die Angabe der Einzeldosierung, des Körpergewichts des Patienten und der Infusions- und Überwachungsdauer voraus.

Für die Beobachtung und Betreuung nach subkutaner Injektion von Trastuzumab ist bei der ersten Injektion die Gebührenordnungsposition 01512 einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und bei allen weiteren Injektionen die Gebührenordnungsposition 01510, in begründeten Ausnahmefällen die Gebührenordnungsposition 01511.

Die Gebührenordnungsposition 01511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510, 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01512 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510, 01511, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01510 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01511, 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

01546 Beobachtung und Betreuung eines Patienten unter Behandlung mit monoklonalen Antikörpern gegen SARS-CoV-2

58,60 €
491 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab gemäß aktuell gültiger Fachinformation,
- Unterbringung des Patienten in einem separaten Bereich,
- Dauer mindestens 90 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01546 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612 und 30326 berechnungsfähig.

1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

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.
6. Die Gebührenordnungsposition 01650 kann ausschließlich von
 - Fachärzten im Gebiet Chirurgie,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Urologieberechnet werden.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 setzt voraus, dass
 - eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegt, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt, Konsiliarzahnarzt oder Konsiliarpsychotherapeuten eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegtoder
 - eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt oder

Konsiliarpsychotherapeuten desselben Fachgebietes eingeholt wird.

8. Falls die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 im Rahmen eines Videokonsiliums unter Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden, stellt dies keinen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä dar.
9. Die Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis oder innerhalb einer Apparategemeinschaft ist nicht berechnungsfähig.
10. Die Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 sind neben Vertragsärzten auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese bzw. die Fachrichtung des Krankenhauses nach der Gebührenordnungsposition 01670 telekonsiliarisch beauftragt wurden.

01600 **Ärztlicher Bericht** über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

6,56 €
55 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 258 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01600 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 04000, 04030, 25213, 30700, 34810, 34820, 34821 und 37706 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01842 berechnungsfähig.

01601 **Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information** des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten

12,89 €
108 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftliche Informationen zu
 - Anamnese,
 - Befund(e),
 - Epikritische Bewertung,
 - Schriftliche Informationen zur Therapieempfehlung

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 beträgt 258 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01601 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 04000, 04030, 25213, 25214, 30700, 34810, 34820, 34821 und 37706 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01842 berechnungsfähig.

- 01602 **Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes** nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01794, 01841 oder 08575 an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V 1,43 €
12 Punkte

Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztabrechnungsnummer 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.

Die Gebührenordnungsposition 01602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17210, 19210, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25213 und 25214 berechnungsfähig.

- 01610 **Bescheinigung** zur Feststellung der Belastungsgrenze (**Muster 55**) 1,67 €
14 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01610 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03000, 03030, 04000 und 04030 berechnungsfähig.

- 01611 **Verordnung von medizinischer Rehabilitation** unter Verwendung des Vordrucks **Muster 61** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V 37,59 €
315 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01611 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 1b der Rehabilitations-Richtlinie auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer

bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

- | | | |
|-------|---|---------------------|
| 01613 | <p>Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Gebührenordnungsposition 01611</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchführung von mindestens zwei Funktionstests gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie), einmal im Krankheitsfall <p><i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01613 erfordert im Regelfall einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Von den in Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests können beispielhaft die Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ oder das Erstellen der visuellen Schmerzskala in Einzelfällen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden. Die Gebührenordnungsposition 01613 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01613 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360 und 30984 berechnungsfähig.</i></p> | 8,95 €
75 Punkte |
| 01615 | <p>Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung und formlose Bescheinigung gemäß § 3 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,</p> <p>einmal im Krankheitsfall</p> | 3,58 €
30 Punkte |
| 01620 | <p>Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i></p> | 3,58 €
30 Punkte |
| 01621 | <p>Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01621 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i></p> | 5,25 €
44 Punkte |
| 01622 | <p>Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf</p> | 9,91 €
83 Punkte |

besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65

- 01623 **Kurvorschlag** des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach **Muster 25** 6,32 €
53 Punkte
- 01624 **Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64** 25,06 €
210 Punkte
- 01626 **Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von** 17,07 €
143 Punkte
- Cannabis in Form von getrockneten Blüten
oder
 - Cannabis in Form von Extrakten
oder
 - Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol
oder
 - Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,
einmal je Erstverordnung
- Die Gebührenordnungsposition 01626 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01626 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 berechnungsfähig.*
- 01630 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans** gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) 4,65 €
39 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Erstellen eines Medikationsplans,
 - Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten
- Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden.
Die Gebührenordnungspositionen 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 und 30701 sind in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01630 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01630 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222, 03362, 04220 bis 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 und 30701 berechnungsfähig.

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)** 9,55 €
80 Punkte

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 § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V,
- Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder einer Bezugsperson,

einmal im Krankheitsfall

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 § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 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.

Die Gebührenordnungsposition 01640 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01641 und 01642 berechnungsfähig.

- 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), einmal im Behandlungsfall**

0,48 €
4 Punkte

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 § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 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.

Die Gebührenordnungsposition 01641 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01640 und 01642 berechnungsfähig.

- 01642 Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),**

0,12 €
1 Punkt

einmal im Behandlungsfall

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 § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 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.

Die Gebührenordnungsposition 01642 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01640 und 01641 berechnungsfähig.

01645 Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren

8,95 €
75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung über den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Beratung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Aushändigung des Informationsblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren,
- Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten,
- Information zu geeigneten Zweitmeinungsärzten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zusammenführung und ggf. Aufbereitung der patientenbezogenen Unterlagen,
- Beratung nach ärztlicher Zweitmeinung,

je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01645 ist nur durch den indikationsstellenden Arzt gemäß § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 setzt die eingriffsspezifische Dokumentation gemäß der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

- 01647 **Zusatzpauschale 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, zu den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25, den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 30700 und den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitrodiagnostische Leistungen) im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte** 1,79 €
15 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einholung der Zugriffsberechtigung vom Patienten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01647 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01648 berechnungsfähig.

- 01648 **Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte** 10,62 €
89 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Speicherung von Daten gemäß der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung nach § 346 Absatz 6 SGB V in der elektronischen Patientenakte,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einholung der Zugriffsberechtigung vom Patienten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte,
- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von (weiteren) Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte im selben Behandlungsfall, einmalig je Versicherten

Die Gebührenordnungsposition 01648 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01647 berechnungsfähig.

- 01670 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums** 13,13 €
110 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Beschreibung der medizinischen Fragestellung,
 - Zusammenstellung und elektronische Übermittlung aller für die telekonsiliarische Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung relevanten Informationen,
 - Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Arzt, Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten,
- zweimal im Behandlungsfall
- Die Beauftragung nach Nr. 7 des Abschnitts 1.6 ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01670 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 berechnungsfähig.*
- 01671 **Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung** 15,28 €
128 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 bzw. der entsprechenden Leistung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen,
 - Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
 - Dauer mindestens 10 Minuten,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abstimmung mit dem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
- einmal im Arztgruppenfall
- Die Durchführung des Telekonsiliums ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen.*
- Die Gebührenordnungsposition 01671 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01671 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.*
- 01672 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung,** 7,76 €
65 Punkte

je weitere vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01672 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01672 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.

01681 Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz 12,17 €
102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellung und Übermittlung der Anhaltspunkte einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt anhand des Meldebogens gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V mit mindestens
 - Beschreibung der Anhaltspunkte und Darstellung der Beobachtungen,
 - Beschreibung ggf. bereits erfolgter Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung,
 - Angaben zum ggf. bereits erfolgten Einbezug weiterer Stellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anonyme Besprechung der Anhaltspunkte mit zuständigen Stellen,
- Übergabe von Kontaktinformationen forensischer Stellen zur Durchführung einer forensischen Dokumentation,
- Empfang und Verarbeitung einer Rückmeldung des Jugendamtes gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V zum weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung,

einmal im Behandlungsfall

01682 Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz 15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung zur Gefährdungseinschätzung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01682 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 01682 kann persönlich, telefonisch oder im Rahmen einer Videofallkonferenz durchgeführt werden. Bei Durchführung der Leistung als Videofallkonferenz ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 01682 kann nur berechnet werden, wenn diese vom Jugendamt initiiert worden ist.

1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)

1. Für die Berechnung der in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.8 - 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, 01788 bis 01790, 01793 bis 01796, 01799, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01820 bis 01824, 01826, 01828, 01833, 01840 bis 01842, 01869, 01870, 01900, 01903, 01913, 01915 - sind vorbehaltlich der Regelung in Nummer 4 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01869, 01870, 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 01793 bis 01796, 01841 und 01842 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 abzurechnen.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01738, 01763, 01767, 01769, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01833, 01840, 01865 bis 01867, 01869, 01915 und 01931 bis 01936 setzt 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 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.

8. In einem ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfall sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht berechnungsfähig.

1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	3,34 € 28 Punkte
-------	--	---------------------

Obligater 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)

Die Gebührenordnungsposition 01702 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	18,74 € 157 Punkte
-------	--	-----------------------

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß,
- Dokumentation des Pulsoxymetrie-Screenings im Kinderuntersuchungsheft

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 Kinderuntersuchungsheft

Die Gebührenordnungsposition 01703 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

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** 3,34 €
28 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) 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)

Die Beratung zum Neugeborenen-Hörscreening soll möglichst vor dem 2. Lebenstag des Neugeborenen erfolgen.

Die Gebührenordnungsposition 01704 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

01707 **Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** 21,96 €
184 Punkte

Obligater 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

Die Gebührenordnungsposition 01707 kann bis zur U3, sofern noch kein Erweitertes Neugeborenen-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Neben der Gebührenordnungsposition 01707 können Kostenpauschalen für die Versendung von Untersuchungsmaterial des Kapitels 40 berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 01707 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01709 berechnungsfähig.

01709 Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

5,97 €
50 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 01709 kann bis zum vollendeten 28. Lebensjahr, sofern noch kein Screening auf Mukoviszidose im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Neben der Gebührenordnungsposition 01709 können Kostenpauschalen für die Versendung von Untersuchungsmaterial des Kapitels 40 berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 01709 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01707 berechnungsfähig.

01710 Zusatzpauschale für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01710 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 01710 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der die Früherkennungsuntersuchung durchführenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 01710 ist am Behandlungstag nicht neben einer Versicherten- oder Grundpauschale berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01710 ist im Arztgruppenfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01322, 01323, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26228, 27228 und 30705 berechnungsfähig.

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)	15,04 € 126 Punkte
01712	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2) , einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening	47,85 € 401 Punkte
01713	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	47,97 € 402 Punkte
01714	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	47,97 € 402 Punkte
01715	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	47,97 € 402 Punkte
01716	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	47,97 € 402 Punkte
01717	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	47,97 € 402 Punkte
01718	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	47,97 € 402 Punkte
01719	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	47,97 € 402 Punkte
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	42,48 € 356 Punkte
01723	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)	47,97 € 402 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01717 und 01719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03350, 03351, 04350 bis 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03351, 04352, 04353 und 27310 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01718 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03335, 03350, 03351, 04335, 04350 bis 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01723 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03350, 03351, 04350, 04351, 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720 und 01723 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 04431 berechnungsfähig.

01721 **Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach den Gebührenordnungspositionen 01711 und 01712** 23,63 €
198 Punkte

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.

Die Gebührenordnungsposition 01721 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415 und 01418 berechnungsfähig.

01722 **Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Abschnitt C Kapitel III der Kinder-Richtlinie** 20,29 €
170 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01722 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01722 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33050 und 33051 berechnungsfähig.

1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

1. Die 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 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.

01731 **Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann** gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie 17,18 €
144 Punkte

- 01732 **Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr gemäß Teil B I. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** 38,90 €
326 Punkte
- Im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732 sind die Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 in Abhängigkeit der in Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie jeweils geforderten Laboruntersuchungen berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01732 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 27310, 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01732 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01745 berechnungsfähig.*
- 01734 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für das Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion gemäß Teil B. III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** 4,89 €
41 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 01734 ist bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmalig berechnungsfähig.*
- 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** 12,29 €
103 Punkte
- Obligater 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-Richtlinie,
 - 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
- 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 Chroniker-Richtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.*

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01735 und im Folgequartal sind die Gebührenordnungspositionen 01760 und 01761 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01735 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01620 und 01621 berechnungsfähig.

01737 Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), inkl. Beratung 6,80 €
57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems,
- Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl

Die Gebührenordnungsposition 01737 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig.

01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms gemäß Teil II. § 5 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) 13,84 €
116 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einmalige Beratung frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres anhand der Versicherteninformation über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs

01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie 30,19 €
253 Punkte

Obligater 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,
- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

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 ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01745.

Die Gebührenordnungsposition 01745 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 01746 berechnungsfähig.

- 01746 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs** gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie 24,94 €
209 Punkte
- Obligater 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,
 - Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie
- Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01746.*
- Die Gebührenordnungsposition 01746 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01745 berechnungsfähig.*
-
- 01747 **Beratung zum Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** 9,79 €
82 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage 3 zur GU-RL,
 - Ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Veranlassung einer sonographischen Untersuchung der Bauchaorta gemäß Teil B. II. § 4 der GU-RL
- Die Gebührenordnungsposition 01747 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.*
-
- 01748 **Sonographische Untersuchung auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** 14,80 €
124 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß Teil B. II. § 4 der GU-RL
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01748 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung 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 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.*

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01748 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31682 bis 31689, 33040 und 33081 berechnungsfähig.

1.7.3 Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen

gemäß Abschnitt B der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Regelungen der Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL): III. Besonderer Teil - Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms des Gemeinsamen Bundesausschusses

1.7.3.1 Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

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.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01751 setzt gemäß § 4 Satz 1 Nummer 2 der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz voraus.

01750 **Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen** (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening** 66,59 €
558 Punkte

Obigater Leistungsinhalt

- Überprüfung der erfolgten ärztlichen Aufklärung oder Einholung des Verzichts auf eine ärztliche Aufklärung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen,
- Röntgenuntersuchung beider Mammae in je zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique),
- Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen inkl. Dokumentation,
- Organisation der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen gemäß § 10 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä),

- Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 15 der Anlage 9.2 des BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ergänzende ärztliche Untersuchung,
- Durchführung der Konsensuskonferenz gemäß § 11 der Anlage 9.2 des BMV-Ä,
- Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen gemäß § 13 der Anlage 9.2 des BMV-Ä,
- Eintragung(en) in ein Röntgennachweisheft

Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01750 ist auch berechnungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen nur die Röntgenuntersuchung einer Mamma möglich ist.

Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01751 **Aufklärungsgespräch** im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening**

10,98 €
92 Punkte

Obligater 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,

je vollendete 5 Minuten

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.

- 01752 **Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen** je Frau im Rahmen des Programms zur **Früherkennung von Brustkrebs** gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen
4,89 €
41 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Teilnahme an Konsensuskonferenzen
- Die Gebührenordnungsposition 01752 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.*
- 01753 **Abklärungsdiagnostik I** gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)
107,05 €
897 Punkte
- Obligater 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
- Entgegen der Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 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.*
- Die Gebührenordnungsposition 01753 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01754 und 01755 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.*
- 01754 **Abklärungsdiagnostik II** gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)
75,18 €
630 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle
- 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.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01754 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01753 erteilt werden kann.

Die Gebührenordnungsposition 01754 ist nur durch den programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01754 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01753 und 01755 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|--|---------------------------------|
| 01755 | <p>Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle, je Seite <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nur einmal je Seite berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01753 und 01754 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.</i></p> | <p>134,14 €
1124 Punkte</p> |
| 01756 | <p>Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials gemäß § 20 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials, je 3 Stenzen | <p>11,58 €
97 Punkte</p> |
| 01757 | <p>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</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust, je 3 Stenzen | <p>12,65 €
106 Punkte</p> |
| 01758 | <p>Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä), ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes</p> | <p>10,26 €
86 Punkte</p> |

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

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.

Die Gebührenordnungsposition 01758 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01442 berechnungsfähig.

- 01759 **Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 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** 34,49 €
289 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 01759 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34270, 34271, 34273 und 34275 berechnungsfähig.

1.7.3.2 Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms

- 01760 **Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 18,97 €
159 Punkte

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01760 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01735 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01760 ist im Kalenderjahr nicht neben der Gebührenordnungsposition 01761 berechnungsfähig.

- 01761 **Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 25,66 €
215 Punkte

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01761 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01735 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01761 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01825 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01761 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01764 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01761 ist im Kalenderjahr nicht neben der Gebührenordnungsposition 01760 berechnungsfähig.

01764 Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) 11,10 €
93 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01764 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01825 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01764 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01761 berechnungsfähig.

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.
2. Die Gebührenordnungspositionen 01788 bis 01790 sind nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen oder Fachärzte für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sind.

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) 12,41 €
104 Punkte

Obigater Leistungsinhalt

- Orale Gabe von 50 g Glukoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit),
- Entnahme von Venenblut 1h nach Gabe von 50 g 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,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01776 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

In der Gebührenordnungsposition 01776 sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten.

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) 14,08 €
118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Orale Gabe von 75 g 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,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

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.

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) 1,91 €
16 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik,
- Angabe des Messergebnisses als Glukosekonzentration im venösen Plasma,

je Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 01812 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025 und 32057 berechnungsfähig.

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

1,31 €
11 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01820 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

01821 Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung

8,47 €
71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses, einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 01821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01850 und 01900 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01821 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01822 berechnungsfähig.

01822 Beratung einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

13,49 €
113 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821),
- Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 01822 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01850 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01822 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01821 berechnungsfähig.

- 01823 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01821 und 01822 für die Beratung zum Chlamydien-Screening gemäß Abschnitt B Nr. 6 der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr** 5,97 €
50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zu Sinn, Zweck und Ziel einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen (Chlamydien-Screening),
- Aushändigung des Merkblattes gemäß Anlage I der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Empfehlungen zur medikamentösen Therapie, ggf. Empfehlungen zur Mitbehandlung des Sexualpartners,
- einmal im Krankheitsfall

- 01824 **Veranlassung der Untersuchung der Urinprobe auf Chlamydia trachomatis nach der Gebührenordnungsposition 01840,** 5,97 €
einmal im Krankheitsfall 50 Punkte

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01824 ist die Erreichung der Durchführungsquote zum Chlamydien-Screening. Die Durchführungsquote zum Chlamydien-Screening je Praxis und Quartal wird wie folgt festgelegt:

01.04.2020 - 31.12.2020: 30 %

01.01.2021 - 31.12.2021: 40 %

Ab 01.01.2022: 50 %

Für die Bestimmung der Durchführungsquote ist der Anteil der Gebührenordnungsposition 01824 im Verhältnis zur Anzahl Behandlungsfälle mit Gebührenordnungsposition 01823 je Praxis und Quartal zu ermitteln.

Die Gebührenordnungsposition 01824 ist auch bei Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01840 in der das Chlamydien-Screening durchführenden Praxis berechnungsfähig.

- 01828 **Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung,** 2,27 €
einmal im Krankheitsfall 19 Punkte

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 am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 berechnungsfähig.

1.7.8 HIV-Präexpositionsprophylaxe

- Die Gebührenordnungspositionen 01920 bis 01922 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) verfügen.

01920 **Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä** 19,45 €
163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung der Indikation zur PrEP einschließlich Kontraindikationen,
- Beratung zu:
 - Ziel und Ablauf einer medikamentösen PrEP,
 - Prävention und Transmission von HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen,
 - Notwendigkeit der Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen,
 - Risiko einer Resistenzentwicklung unter PrEP bei unerkannter HIV-Infektion,
 - Therapiebedingten Neben- und Wechselwirkungen,
 - Symptomatik einer primären HIV-Infektion,
 - Weiterführenden Beratungsangeboten,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Symptombezogene Untersuchungen,
- je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01920 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01920 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01922 berechnungsfähig.

01921 **Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä** 19,45 €
163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Überprüfung des HIV- und Hepatitis-B-Status,
 - Indikationsstellung zur PrEP einschließlich Prüfung der Kontraindikationen,
 - Auswahl und Verordnung geeigneter Arzneimittel zur PrEP,
- einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01921 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01922 berechnungsfähig.

01922 Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 des BMV-Ä 19,45 €
163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Indikation zur PrEP einschließlich Kontraindikationen,
- Überprüfung des HIV-Status,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. aufgetretener therapiebedingter Neben- und Wechselwirkungen,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Symptombezogene Untersuchungen,
- Beratung zu:
 - Risikoreduktion und Adhärenzstrategien,
 - Notwendigkeit der Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01922 ist frühestens 4 Wochen nach Einleitung einer PrEP berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01922 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01920 und 01921 berechnungsfähig.

1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 2 Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger voraus.
2. Sofern nur die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01949 bis 01953 und 01960 durchgeführt werden, sind die spezifischen, auf die diamorphingestützte Behandlung bezogenen Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 2, des § 2 Abs. 2 sowie des § 9 Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger nicht zu erfüllen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 setzt voraus, dass die Einrichtung zusätzlich über eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gemäß § 5a Abs. 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verfügt.

4. Der Leistungsbedarf, welcher der Substitutionsbehandlung und/oder der diamorphingestützten Behandlung zuzuordnen ist, umfasst ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01949 bis 01953, 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.

01949 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)** 10,02 €
84 Punkte

Obligater 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,

je Behandlungstag

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.

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01950, 01953, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

- 01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 5,49 €
je Behandlungstag 46 Punkte
- Neben der Gebührenordnungsposition 01950 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 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, 01953, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.*
- 01951 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949 und 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember** 12,05 €
101 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 01951 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01951 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01956 berechnungsfähig.*
- 01952 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für das therapeutische Gespräch** 18,38 €
154 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01952 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01952 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01960 berechnungsfähig.

01953 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einem Depotpräparat** 15,51 €
130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- subkutane Applikation eines Depotpräparates
und/oder
- Betreuung im Rahmen der Nachsorge bei Behandlung mit einem Depotpräparat,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung klinischer Untersuchung(en),
je Behandlungswoche

Neben der Gebührenordnungsposition 01953 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953 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 01953 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 01953 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01953 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

- 01955 **Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten** 39,50 €
331 Punkte
- 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),
- je Behandlungstag
- Neben der Gebührenordnungsposition 01955 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 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.*
- Die Gebührenordnungsposition 01955 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01418 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01955 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949, 01950, 01953, 01960 und 32148 berechnungsfähig.*
- 01956 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember,** 24,23 €
203 Punkte
- je Behandlungstag
- Die Gebührenordnungsposition 01956 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949 bis 01951 und 01953 berechnungsfähig.*
- 01960 **Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariusverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung** 13,13 €
110 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Dauer mindestens 10 Minuten,

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 01960 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01960 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01952, 01953 und 01955 berechnungsfähig.

2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

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 Nävuszellnävussyndrom (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.
6. Die Gebührenordnungsposition 02314 kann nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktische 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 Chirurgie,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie,

- Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Urologie,
- Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder der Zusatzweiterbildung Phlebologie berechnet werden.

02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation

8,12 €
68 Punkte

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, einmal am Behandlungstag

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 31.4 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 02300 entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02325, 02326, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 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, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13435, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 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.

02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht

15,87 €
133 Punkte

Obligater 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, einmal am Behandlungstag

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 31.4 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 02301 entsprechend.

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, 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, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 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, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 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.

02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

27,45 €
230 Punkte

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,
einmal am Behandlungstag

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 31.4 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 02302 entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 02302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 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, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18330, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02302 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02302 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02310 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

25,30 €
212 Punkte

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,
einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 02310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02312, 02313, 02350 und 15323 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02360, 07340, 10330, 10340 bis 10342, 18340, 30214 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02311 **Behandlung des diabetischen Fußes**

16,47 €

138 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß,
- Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verband,

je Bein, je Sitzung

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.

Die Gebührenordnungsposition 02311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02313, 02350, 02360, 10340 bis 10342, 30214, 30500 und 30501 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311 und 18340 berechnungsfähig.

02312 **Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/ Ulcus/Ulcera cruris**

6,56 €

55 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Lokalthherapie unter Anwendung von Verbänden,
- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,
- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Thromboseprophylaxe,

- Teilbäder,
je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 02312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02350, 02360, 07340, 10330 und 18340 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 07310, 07311, 10340 bis 10342, 18310, 18311 und 30214 berechnungsfähig.

- 02313 **Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem** 5,97 €
50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kompressionstherapie,
 - Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen,
- je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 3.750 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 02313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02350, 07340, 10330, 18340, 30214 und 30501 berechnungsfähig.

- 02314 **Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 16,11 €
135 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Anlage und/oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung im unmittelbaren Anschluss an eine Wundversorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung,
- interdisziplinäre Abstimmung,
- Einstellen der Pumpe,
- Behälterwechsel,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 02314 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Die Gebührenordnungsposition 02314 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31401 und 36401 berechnungsfähig.

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.

<p>02500 Einzelinhalationstherapie <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Intermittierende Überdruckbeatmung und/oder - Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z. B. Ultraschallvernebelung), je Sitzung <i>Die Gebührenordnungsposition 02500 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02501 berechnungsfähig.</i></p>	<p>1,43 € 12 Punkte</p>
<p>02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe, je Sitzung <i>Die Gebührenordnungsposition 02501 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02500 berechnungsfähig.</i></p>	<p>5,25 € 44 Punkte</p>
<p>02510 Wärmetherapie <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - 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,</p>	<p>2,51 € 21 Punkte</p>

je Sitzung

02511 **Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme** 1,07 €
9 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Galvanisation
und/oder
- Reizstrom
und/oder
- Neofaradischer Schwellstrom
und/oder
- Iontophorese
und/oder
- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie
und/oder
- Schwellstromtherapie
und/oder
- Interferenzstromtherapie,
je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 16232, 18310 und 18311 berechnungsfähig.

02512 **Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen** 2,15 €
18 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrostimulation,
- Festlegung der Reizparameter,
je Sitzung

02520 **Phototherapie eines Neugeborenen,** 11,46 €
je Behandlungstag 96 Punkte

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

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 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01431, 01435, 01436, 01442, 01444, 01450, 01471 bis 01473, 01475 bis 01477, 01480, 01500 bis 01503, 01546, 01600 bis 01602, 01610, 01611, 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640 bis 01642, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01702 bis 01704, 01707, 01709 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740, 01745 bis 01748, 01750 bis 01761, 01764, 01776, 01777, 01812, 01820 bis 01824, 01828, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02500, 02501, 02510 bis 02512, 02520 und 30706.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01735, 01760, 01761, 01764, 01821 bis 01824 und 01828 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 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende

- Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30700 bis 30705, 30708, 30780, 30781, 30900, 30905, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33105, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 38200 und 38205, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.10, 30.12, 30.13, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35 und 40.
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 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist für die Durchführung der Leistung die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40154 berechnungsfähig.
 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. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) statt, erfolgt der Aufschlag auf die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versichertenpauschale.
 9. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen beträgt 64 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 64 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 10 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.
 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), 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. 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.

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.
12. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

3.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung

3.2.1 Hausärztliche Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung **Versichertenpauschalen,**

3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen

03000 Versichertenpauschale*Obigater Leistungsinhalt*

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

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,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	26,85 € 225 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	16,95 € 142 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	13,60 € 114 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	17,66 € 148 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	23,87 € 200 Punkte

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 03000

die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 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 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.

Die Gebührenordnungsposition 03000 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 03030 berechnungsfähig.

03008	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V	15,63 € 131 Punkte
-------	--	-----------------------

Obligater Leistungsinhalt

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt,
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch berechnungsfähig, wenn die Behandlung des Versicherten spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 03008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch bei Überweisung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben

Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient nach Kenntnis des vermittelnden Arztes bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Patient in demselben Quartal bei dieser Arztgruppe in dieser Praxis bereits behandelt wurde.

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 03008 in selektivvertraglichen Fällen auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03000 berechnungsfähig, sofern die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 03008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88196 nachzuweisen.

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 03008 ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben.

03010 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 03010 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 03010 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

03020 Hygienezuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000,

0,24 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03020 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

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

9,19 €
77 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

höchstens zweimal im Behandlungsfall

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 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01436 und 30702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 03000 berechnungsfähig.

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 nichtärztlichen 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 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 ermittelnund
- 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 ermittelnund

- 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 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 den angestellten nichtärztlichen 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 Präambelberechnet werden, sofern die in diesen Gebührenordnungspositionen erbrachten Leistungen von entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten erbracht werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 können vom delegierenden Vertragsarzt nur unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nichtärztlichen 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 nichtärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nichtärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
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 berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, eine Versichertenpauschale berechnet wurde.

03040 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V 16,47 €
138 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, einmal im Behandlungsfall

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 13 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 13 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, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 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.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32779 berechnungsfähig.

03060 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040

2,63 €

Obligater Leistungsinhalt

22 Punkte

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche 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,

je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

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 03060 wird entsprechend der Erklärung der Praxis durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.

03061 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060,

1,43 €

je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

12 Punkte

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.

03062 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - 19,81 €
entfernungsunabhängig - für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **166 Punkte**
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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher 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,
- je Sitzung

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nichtärztliche 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, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03063 und 37535 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 berechnungsfähig.

03063 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - 14,56 €
entfernungsunabhängig - für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen **122 Punkte**

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)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher 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 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,
- je Sitzung

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nichtärztliche 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.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062 und 37535 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 berechnungsfähig.

03064 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062

2,39 €
20 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03064 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

03065 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063

1,67 €
14 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03065 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3.2.2 Chronikerpauschalen, 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 unter Einschluss des aktuellen Quartals 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, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen kann. 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.

03220 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung** 15,51 €
130 Punkte

Obligater 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,

einmal im Behandlungsfall

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 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 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.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

03221 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

4,77 €
40 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten 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,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

03222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220,

1,19 €

einmal im Behandlungsfall

10 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 03222 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 03362 berechnungsfähig.

03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist

15,28 €

Obligater Leistungsinhalt

128 Punkte

- 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),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

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.

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370, 03372, 03373, 35100, 35110,

35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

3.2.3 Besondere Leistungen

1. Die Gebührenordnungsposition 03355 ist nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen 03325 und 03326 sind nur von Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 berechnungsfähig, die Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses als primär behandelnder Arzt (PBA) behandeln.

03241 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer 10,26 €
86 Punkte

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.

Die Gebührenordnungsposition 03241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13253 und 27323 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03241 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03242 Testverfahren bei Demenzverdacht 2,74 €
23 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD), je Test,

bis zu dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03242 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03242 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03360 berechnungsfähig.

03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG) 23,63 €
198 Punkte

Obligater 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

Die Gebührenordnungsposition 03321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13251, 17330 und 17332 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545 und 27321 berechnungsfähig.

03322 Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

5,73 €
48 Punkte

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.

Die Gebührenordnungsposition 03322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13252 und 27322 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03324 Langzeit-Blutdruckmessung

6,80 €
57 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 03324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13254 und 27324 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03325 Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

7,76 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an das Telemedizinische Zentrum (z. B. Medikation, anamnestiche Daten, Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen),

je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 03325 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04325 und 13578 berechnungsfähig.

03326 Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestätigung eingehender Warnmeldungen an das TMZ innerhalb von 48 Stunden,
- Information des TMZ über ergriffene Maßnahmen,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten,
- Überprüfung der Indikation zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03326 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04326 und 13579 berechnungsfähig.

03330 Spirographische Untersuchung 6,32 €
53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Die Gebührenordnungsposition 03330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13255 und 27330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03330 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 31013 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

03331 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex 11,22 €
94 Punkte

Obligater 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

Die Gebührenordnungsposition 03331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 04516, 08333, 13257 und 30600 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

03335 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung 10,74 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,
- Binaurikulare Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung

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 § 14 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 03335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.

Die Gebührenordnungsposition 03335 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01718, 03351 und 03352 berechnungsfähig.

03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes 14,68 €
123 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,
- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdre reflexe sowie der Hirnnerven

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.

Die Gebührenordnungsposition 03350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723, 03352 und 35142 berechnungsfähig.

03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen 20,29 €
170 Punkte

Obligater 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,
einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 03351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720, 01723, 03335 und 03352 berechnungsfähig.

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 9,07 €
76 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03335, 03350 und 03351 berechnungsfähig.

03355 Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM) 8,59 €
72 Punkte

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,
je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 03355 ist je rtCGM-System in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens 7-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03355 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines oder dem Umstieg auf ein anderes rtCGM-System berechnungsfähig.

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.

03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

13,49 €

Obligater Leistungsinhalt

113 Punkte

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- 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,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373, 30984, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01613 und 03242 berechnungsfähig.

03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

20,76 €

174 Punkte

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,

einmal im Behandlungsfall

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 und/oder eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus. Die Durchführung

des geriatrischen Basisassessments und/oder des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

Die Gebührenordnungsposition 03362 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373, 30984, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03362 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 03222 berechnungsfähig.

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.

03370 **Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan**

40,69 €
341 Punkte

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,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 03370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360 und 03362 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03370 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 37300 berechnungsfähig.

03371 Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis 18,97 €
159 Punkte

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,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03360, 03362, 03372, 03373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302 und 37711 berechnungsfähig.

03372 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit 14,80 €
124 Punkte

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,

je vollendete 15 Minuten

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 03371, 03373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

03373 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 14,80 €
124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

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.

Die Gebührenordnungsposition 03373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371, 03372, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

08619 **Beratung gemäß § 4 Nr. 1 Kryo-RL** 10,74 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ausstellen einer Bescheinigung nach § 4 Nr. 1 Kryo-RL, einmal im Krankheitsfall

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen

12225 **Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung,** 0,60 €
5 Punkte

je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32

Die Grundpauschale nach der Nr. 12225 wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 mit 1 Punkt je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 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.

Die Gebührenordnungsposition 12225 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01700 und 01701 berechnungsfähig.

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

30.1 Allergologie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30133 und 30134 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1.1 und 30.1.2 können 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 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

30.1.1 Allergologische Anamnese

30100 Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung

7,76 €

Obligater Leistungsinhalt

65 Punkte

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese und/oder
- Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anwendung eines schriftlichen Anamnesebogens,
- Indikationsstellung zu einer Allergietestung,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30100 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30.1.2 Allergie-Testungen

30110 **Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)** 30,79 €
258 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Epikutan-Testung,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Hautfunktionstests (z. B. Alkaliresistenzprüfung, Nitrazingelbtest),
- ROAT-Testung (wiederholter offener Expositionstest),
- Okklusion,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 berechnungsfähig.

30111 **Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)** 26,25 €
220 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- 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,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30110 berechnungsfähig.

- 30120 Rhinomanometrischer Provokationstest** 7,88 €
66 Punkte
- Obligater 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, je Test, höchstens zweimal am Behandlungstag
- Die Gebührenordnungsposition 30120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.*
-
- 30121 Subkutaner Provokationstest** 19,33 €
162 Punkte
- 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, je Test, höchstens fünfmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 30121 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.*
-
- 30122 Bronchialer Provokationstest** 88,43 €
741 Punkte
- 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, je Test
- Die Gebührenordnungsposition 30122 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13651 berechnungsfähig.*

Die Gebührenordnungsposition 30122 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30123 Oraler Provokationstest 17,07 €
143 Punkte

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,

je Test

Die Gebührenordnungsposition 30123 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung

30130 Hyposensibilisierungsbehandlung 12,17 €
102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30130 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30131 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie) 9,55 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

je Hyposensibilisierungsbehandlung

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.

30133 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung

7,40 €

Obligater Leistungsinhalt

62 Punkte

- Orale Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) mit AR101 bei Therapieeinleitung,
- Nachbeobachtung von mindestens 20 Minuten Dauer

Die Gebührenordnungsposition 30133 ist am Tag der initialen Aufdosierung sowie bei erforderlicher erneuter initialer Aufdosierung gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes bis zu viermal berechnungsfähig.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30133 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30134 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung

18,62 €

Obligater Leistungsinhalt

156 Punkte

- Orale Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) mit AR101,
- Nachbeobachtung von mindestens 60 Minuten Dauer, einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 30134 ist nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung, nach Gabe der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe sowie nach Wiederaufnahme der Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes jeweils einmal berechnungsfähig.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30134 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30.2 Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie

30.2.1 Manuelle Medizin

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine besondere ärztliche Qualifikation - bei Erstantrag die Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin - und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

30200 Manualmedizinischer Eingriff

5,73 €

Obligater Leistungsinhalt

48 Punkte

- Manualmedizinischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken,
 - Dokumentation der Funktionsanalyse,
- je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30201 berechnungsfähig.

30201 Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule

8,47 €

Obligater Leistungsinhalt

71 Punkte

- Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200, je Sitzung

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.

Die Gebührenordnungsposition 30201 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30200 berechnungsfähig.

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
 - 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 Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom 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.

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)

10,26 €
86 Punkte

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),

einmal im Krankheitsfall

Die Teilnahme an der Fallkonferenz kann auch durch telefonische Zuschaltung erfolgen, sofern allen Teilnehmern die erforderlichen Dokumentationen vorliegen.

Die Gebührenordnungsposition 30210 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die

Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

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.

Die Gebührenordnungsposition 30210 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01442 berechnungsfähig.

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) 40,93 €
343 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung des Befundes,
- Berücksichtigung des Ergebnisses der interdisziplinären Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 30210,
- Dokumentation des Fußstatus einschließlich Pulsstatus, 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, einmal im Krankheitsfall

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.

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)	16,47 € 138 Punkte
-------	--	-----------------------

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,

je Bein, je Sitzung

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).

Die Gebührenordnungsposition 30214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02313, 02350, 02360, 10340 bis 10342, 30500 und 30501 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311 und 18340 berechnungsfähig.

- 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** 38,55 €
323 Punkte

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 (Valsalva-Manöver),
- Verbandswechsel,
- Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an den zuweisenden Arzt bei Nichteignung des Patienten

Die Gebührenordnungsposition 30216 ist einmal vor Beginn eines Behandlungszyklus gemäß Nr. 6 dieses Abschnitts berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30216 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30218 berechnungsfähig.

- 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** 139,98 €
1173 Punkte

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,
- einmal am Behandlungstag

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.

Die Gebührenordnungsposition 30218 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30216 berechnungsfähig.

30.3 Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien

30.3.1 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 30.4 berechnungsfähig.

30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)

10,38 €

Obligatorer Leistungsinhalt

87 Punkte

- Physikalische Maßnahmen,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
 - sensomotorisch
 und/oder

- neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,
je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355, 04356, 14220, 14221, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221 und 30301 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)

3,58 €

30 Punkte

Obligater 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,
je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355, 04356, 14220, 14221, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221 und 30300 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30.4 Physikalische Therapie

- 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 Phlebologe (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 Manuelle Medizin,

- 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 30.3.1 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.
- 8. Die Gebührenordnungsposition 30440 kann abweichend von 1. nur von Fachärzten für Orthopädie und/oder Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
- 9. Die Gebührenordnungsposition 30440 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, die gemäß § 2 der Nr. 26 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses folgende Kriterien erfüllen:
 - bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und
 - während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze (pharmakologische und nicht-pharmakologische) einschließlich patientenzentrierter Maßnahmen (darunter mindestens Schonung, Dehnübungen und Einlagen) über einen ausreichenden Zeitraum ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden.Die Einschränkung der körperlichen Aktivität über mindestens sechs Monate liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal stattgefunden hat.

- 30400 Massagetherapie** 8,83 €
74 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile und/oder
 - Manuelle Bindegewebsmassage und/oder
 - Periostmassage und/oder
 - Kolonmassage und/oder
 - Manuelle Lymphdrainage, je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 30400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*
-
- 30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie,** 4,06 €
34 Punkte
- je Bein, je Sitzung
- 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, M34.0 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.*
- Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*
-
- 30402 Unterwasserdruckstrahlmassage** 11,58 €
97 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Unterwasserdruckstrahlmassage,
 - Wanneninhalt mindestens 400 l,
 - Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")
- Die Gebührenordnungsposition 30402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

- 30410 **Atemgymnastik** (Einzelbehandlung) 8,83 €
74 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten
Fakultativer Leistungsinhalt
- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken
*Die Gebührenordnungsposition 30410 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30411,
30420 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30411 **Atemgymnastik** (Gruppenbehandlung) 4,06 €
34 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
je Teilnehmer
*Die Gebührenordnungsposition 30411 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410,
30420 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30420 **Krankengymnastik** (Einzelbehandlung) 11,22 €
94 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten
Fakultativer Leistungsinhalt
- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad
*Die Gebührenordnungsposition 30420 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis
30402, 30410, 30411 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30421 **Krankengymnastik** (Gruppenbehandlung) 5,73 €
48 Punkte
Obligater 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,
je Teilnehmer und Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30420 berechnungsfähig.

30430 Selektive Phototherapie mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums,
je Sitzung 6,32 €
53 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30430 ist nicht bei Anwendung der selektiven UVA1-Therapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300 und 30301 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30430 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 10350 berechnungsfähig.

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.

30500 Phlebologischer Basiskomplex 18,50 €
155 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung und/oder
- 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, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 10340 bis 10342 und 30214 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221, 13300, 13545, 33061 und 36882 berechnungsfähig.

30501 Verödung von Varizen 12,77 €
107 Punkte
Obligater Leistungsinhalt

- Verödung von Varizen,

- Entstauer phlebologischer Funktionsverband,
je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02313, 10340 bis 10342 und 30214 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

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,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Proktologie,
berechnungsfähig.

30600 **Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie**

11,22 €
94 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03331, 04331, 04516, 08333, 10340 bis 10342, 13250, 13257 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30600 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13260 berechnungsfähig.

30601 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30600 für die Polypentfernung(en)**

6,44 €
54 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels
Hochfrequenzdiathermieschlinge
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 30601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 08334, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30601 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13260 berechnungsfähig.

30610 **Behandlung(en) von Hämorrhoiden** im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion, höchstens viermal im Behandlungsfall 9,67 €
81 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30610 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

30611 **Entfernung von Hämorrhoiden** am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron, höchstens viermal im Behandlungsfall 22,20 €
186 Punkte

Die Kosten für im Rahmen der Leistungserbringung verbrauchte Ligaturringen sind in der Bewertung der Gebührenordnungsposition 30611 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 30611 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

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 Schmerzkonferenzen 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. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. 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 Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen 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. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. 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,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.
8. Werden die in der Grundpauschale 30700 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
9. Die Gebührenordnungspositionen 30780 und 30781 können ausschließlich von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen

Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.

30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

30700 **Grundpauschale** für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V 47,02 €
394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03040, 03220, 03221, 03230, 04040, 04220, 04221, 04230 und 04231 berechnungsfähig.

30701 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700,** 1,07 €
9 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30701 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 30701 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

30702 **Zusatzpauschale** für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V 59,43 €
498 Punkte
V

Obligater 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,

einmal im Behandlungsfall

Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Arztfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30702 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03030, 04030, 05360 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30702 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30703 Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700, 0,24 €
einmal im Behandlungsfall 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30703 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

30704 Zuschlag für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 35,68 €
in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der 299 Punkte
Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der
Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 4 - 6,
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30704 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30704 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30705 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700 für die
Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung
durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1,
4.3.10.2 oder 4.3.10.3,
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 30705 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 30705 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

30706 Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 10,26 €
5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie 86 Punkte
Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist. Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442 und 37720 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221 und 37320 berechnungsfähig.

- 30708 Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie, Dauer mindestens 10 Minuten,** 20,17 €
je vollendete 10 Minuten 169 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

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.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01856, 02100 bis 02102, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

- 30780 Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,64 €
einmal im Behandlungsfall 64 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30780 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 30780 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01471 berechnungsfähig.

- 30781 Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,64 €
einmal im Behandlungsfall 64 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01472 berechnungsfähig.

30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

- 30710 **Infusion** von nach der **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung** verschreibungspflichtigen **Analgetika** oder von **Lokalanästhetika** unter **systemischer** Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration 14,20 €
119 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 30 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30710 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02100, 05360, 05372 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30710 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

- 30712 **Anleitung** des Patienten zur **Selbstanwendung** der **transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS)** 8,59 €
72 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

- 30720 **Analgesie** eines **Hirnnerven** oder eines **Hirnnervenganglions** an der **Schädelbasis** 11,93 €
100 Punkte

Obligater 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)

Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder des betreffenden Ganglions berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30720 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30721 Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang

27,09 €

Obligatorer Leistungsinhalt

227 Punkte

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30721 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30721 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30722 Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang

23,75 €

Obligatorer Leistungsinhalt

199 Punkte

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30722 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30722 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30723 Ganglionäre Opioid-Applikation,

11,93 €

100 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30723 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30723 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30724 **Analgesie** eines oder mehrerer **Spinalnerven** und der **Rami communicantes** an den **Foramina intervertebralia** 23,75 €
199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30724 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30724 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30730 **Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere** 80,91 €
678 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Die Gebührenordnungsposition 30730 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30730 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30731 **Plexusanalgesie** (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), **Spinal- oder Periduralanalgesie** (auch kaudal), **einzeitig** oder **mittels Katheter** (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen) 85,69 €
718 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

- Überwachung von bis zu 2 Stunden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30731 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30731 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30740 **Überprüfung** (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur **Langzeitanalgesie** angelegten **Plexus-, Peridural-** oder **Spinalkatheters** und/oder eines programmierbaren und implantierten **Stimulationsgerätes** (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie 14,20 €
119 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandwechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen oder implantierten Medikamentenpumpe,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Rahmen der Funktionskontrolle, ggf. mit Umprogrammierung, von Stimulationsgeräten zur Langzeitanalgesie nur berechnungsfähig bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator.

Die Gebührenordnungsposition 30740 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30750 **Erstprogrammierung** einer **externen Medikamentenpumpe** zur **Langzeitanalgesie** 21,48 €
180 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Funktionskontrolle(n)

Die Gebührenordnungsposition 30750 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 02120 und 05360 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30750 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30751 **Langzeitanalgospasmolyse** mit Auffüllen einer **implantierten Medikamentenpumpe** zur **intrathekalen Dauerapplikation** von Baclofen über **mindestens 8 Stunden** 23,75 €
199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Die Gebührenordnungsposition 30751 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30751 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 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** 28,64 €
240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30760 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30760 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

30790 **Eingangsdagnostik** und **Abschlussuntersuchung** zur **Behandlung** mittels **Körperakupunktur** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen: 61,58 €
516 Punkte

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, und/oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater 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, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30790 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30790 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30791 Durchführung einer Körperakupunktur und ggfs. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen: 19,81 €
166 Punkte

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
- Chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater 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,

je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in der Gebührenordnungsposition 30791 enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 30791 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30791 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

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,
 - Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie,
 - Psychologischen Psychotherapeuten,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 berechnet werden.

30800 Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers

8,00 €

Obligater Leistungsinhalt

67 Punkte

- 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 vertragsärztlichen Versorgung,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 5 Therapieeinheiten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überweisung zu einem bezüglich der Soziotherapie verordnungsbefugten Leistungserbringer

30810 Erstverordnung Soziotherapie

20,05 €

Obligater Leistungsinhalt

168 Punkte

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,

- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30810 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30810 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30811 berechnungsfähig.

30811 Überprüfung der Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie

20,05 €

168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung und Anpassung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,
- Beobachtung und Abstimmung des Therapieverlaufs,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Folgeverordnung von bis zu 30 weiteren Einheiten Soziotherapie, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30810 berechnungsfähig.

30.9 Schlafstörungsdiagnostik

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur gemäß Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses berechnungsfähig.
2. Abweichend von Nr. 1 sind gemäß § 2 der Nummer 36 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene nur berechnungsfähig, sofern eine behandlungsbedürftige obstruktive Schlafapnoe anhand einer Stufendiagnostik gemäß § 3 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung festgestellt wurde und eine Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann.

3. Die Anfertigung einer Unterkieferprotrusionsschiene kann zu Lasten der Krankenkassen nur erfolgen, sofern ein Vertragszahnarzt durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzweiterbildung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V mit der Anfertigung beauftragt wurde.
4. Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 im Zusammenhang mit der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene gelten die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 7 und § 5 Abs. 2 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30902 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30905 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 und/oder der Gebührenordnungsposition 30901 voraus.

30900 **Kardiorespiratorische Polygraphie** gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

76,38 €
640 Punkte

Obligater 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)
- oder
- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene,
 - Kontinuierliche simultane Registrierung während einer mindestens sechsständigen Schlafphase,
 - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche),
 - der Oxymetrie (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

Die Gebührenordnungsposition 30900 ist im Rahmen einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene setzt die Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

Die Gebührenordnungsposition 30900 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311 und 30901 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30900 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30905 Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene

7,76 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem Vertragszahnarzt bezüglich des einzustellenden optimalen Protrusionsgrades, zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30905 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30905 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

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-Infektion (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.

- 30920 **Zusatzpauschale** für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V 54,90 €
460 Punkte
- 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,
- einmal im Behandlungsfall
- 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** 36,88 €
309 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
 - Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,
- einmal im Behandlungsfall
- 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-assoziiertes Erkrankungen und/oder AIDS-definierender Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z. B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten** 73,87 €
619 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
 - Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 30924 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30922 berechnungsfähig.*

30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 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 32.3.10 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 chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)und/oder
 - Patient mit Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeinfektionund/oder
 - Patient mit Dialysepflichtigkeit.
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 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

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.

30.12.1 Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)

30940 **Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 bis **sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung** 4,53 €
38 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und Dokumentation der Risikofaktoren gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung und Dokumentation von sanierungshemmenden Faktoren,
 - sektorenübergreifende (ambulant, stationär) interdisziplinäre Abstimmung und Information,
 - Indikationsstellung zur Eradikationstherapie,
- einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30940 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

30942 **Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 15,28 €
128 Punkte

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,
- einmal im Behandlungsfall

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.

30944 **Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 **im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942** 15,28 €
128 Punkte

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,

je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung

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.

30946 **Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers** 3,58 €
30 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärungsdiagnostik,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien, einmal im Behandlungsfall

Die Kontaktperson muss in dem Zeitraum gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 mindestens über vier Tage den Schlafräum 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.

- 30948 Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall 10,26 €
86 Punkte

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 1.720 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 2.838 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442 und 37720 berechnungsfähig.

- 30950 Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)** 2,27 €
19 Punkte
Obligater 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,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

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.

30952 **Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)**

2,27 €

Obligater Leistungsinhalt

19 Punkte

- 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,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30952 ist nur berechnungsfähig, wenn die Abstrichuntersuchung keinen Nachweis von MRSA aufweist.

30.12.2 Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)

30954 **Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden** 6,09 €
51 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.

30956 **Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß Gebührenordnungsposition 30954** 2,98 €
25 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.

30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBMund 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 Geriatrieberechnet 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 Vberechnet 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 Gebührenordnungsposition 30988 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 30984 erbracht wurde. Die Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.
5. 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),
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.
6. 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.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.
8. 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 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13 23,03 €
193 Punkte

Obligater 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,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30980 ist nur nach Abklärung und konsiliarischer Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13 berechnungsfähig.

30981 Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13 15,28 €
128 Punkte

Obligater 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,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30981 ist nur nach Abklärung und konsiliarischer Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 2 mit einem Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13 berechnungsfähig.

30984 **Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V** 103,94 €
871 Punkte

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,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30984 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 30984 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Einbindung von Neuropsychologen verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360, 03362 und 30988 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.

30985 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30984 **für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments**, 38,07 €
319 Punkte
je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

30986 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30985 **für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments**, 27,21 €
228 Punkte
je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

30988 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen gemäß multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß Gebührenordnungsposition 30984** 7,76 €
65 Punkte

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, einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30988 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus.

Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

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.

31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

31.1.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

1. Die in Abschnitt 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 31.1.2 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.
3. Präoperative Leistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, sind von Vertragsärzten gemäß Nr. 1 zeitlich befristet vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 berechnungsfähig.

31.1.2 Präoperative Gebührenordnungspositionen

<p>31010 Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson, - Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes, 	<p>36,28 € 304 Punkte</p>
--	-------------------------------

- 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),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31011 **Operationsvorbereitung** für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen **bis zum vollendeten 40. Lebensjahr** 36,28 €
304 Punkte

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,
- 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),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31012 **Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 40. Lebensjahres** bis zur Vollendung **des 60. Lebensjahres** 46,42 €
389 Punkte

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),
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31013 Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 60. Lebensjahres**

49,65 €
416 Punkte

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 32.2),
- Spirographische Untersuchung mit Darstellung der Flußvolumenkurve, einschl. in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31013 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03330 und 04330 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31.4 Postoperative Behandlungskomplexe

31.4.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.
2. In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
3. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 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 Leistung abrechnet.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.
5. Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.
6. Postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V sind von Vertragsärzten zeitlich befristet vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 berechnungsfähig. Die berechnungsfähige Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Code der durchgeführten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung ist für die postoperative Behandlung durch Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs die Gebührenordnungsposition 31600 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung, ist bei postoperativer Behandlung durch den Operateur die Gebührenordnungsposition 31611 und bei postoperativer Behandlung im fachärztlichen Versorgungsbereich auf Überweisung des Operateurs die Gebührenordnungsposition 31610 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Bei Durchführung einer Leistung der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V durch ein Krankenhaus können die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4.2 bzw.

31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der Präambel 31.4.1 ohne Vorliegen einer Überweisung des Operators einmalig je Eingriff berechnet werden. Für die Eingriffe 5-490.0, 5-490.x, 5-490.y, 5-491.0, 5-492.1, 5-561.2, 5-581.0, 5-581.x und 5-581.y nach Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung sind keine Leistungen gemäß der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 berechnungsfähig.

31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich

31600 Postoperative Behandlung durch den Hausarzt nach der Erbringung eines Eingriffs des Abschnitts 31.2 bei Überweisung durch den Operateur 18,97 €
159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Anlage und/oder Wechsel und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagenwechsel,
- Drainagenentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

Die Gebührenordnungsposition 31600 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350 und 02360 berechnungsfähig.

**31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative
Gebührenordnungspositionen**

**31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative
Gebührenordnungspositionen**

31912 Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon mit Ausnahme der Leistungsinhalte der Gebührenordnungsposition 31910 13,37 €
112 Punkte

**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 (Definitionsauftrag) 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 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 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 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.
18. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 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 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt 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 eigenerbrachten 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.
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 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt 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 Behandlungsfalles 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 arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.

Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.

Liegt der arztpraxisspezifische 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 arztpraxisspezifischen 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, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	3,90	60,80
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
10	Dermatologie	0,50	2,30
11	Humangenetik	0,00	2,80

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar- pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begren- zender Fallwert in Euro	Oberer begren- zender Fallwert in Euro
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 arztpraxisspezifisch 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 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt 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 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt 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 arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32779; 32816; 32880; 32881; 32882
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen	32004	32151; 32459; 32720; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32750; 32759;

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung		32760; 32761; 32762; 32763; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777
Spezifische antivirale Therapie der chronischen viralen Hepatitiden	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32815; 32817; 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; 32572; 32573; 32574; 32575; 32584; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32611; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623; 32624; 32629; 32630; 32636; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32701; 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; 32777; 32780; 32781; 32782; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32804; 32805; 32806; 32807; 32808; 32809; 32810; 32825; 32830; 32833; 32834; 32835; 32837; 32839; 32842; 32850; 32851; 32852; 32853
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
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 Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung 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

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
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; 32525; 32526; 32821; 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; 32572; 32573; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32660; 32740; 32750; 32760; 32781; 32832; 32833

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 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird,

Versicherten-, Grund- oder Kosiliar-pauschale 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, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 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	6

Versicherten-, Grund- oder Kosiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
	Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3
26	Urologie	15
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
30.7	Schmerztherapie	3

einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 32001 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 8 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.
2. 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.

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,
je Untersuchung

32025	Glucose	1,60 €
32026	TPZ (Thromboplastinzeit)	4,70 €
32027	D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)	15,30 €

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.

32030	Orientierende Untersuchung	0,50 €
-------	-----------------------------------	--------

Obligater Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter
 - Reagenzträger
 - oder
 - Reagenzzubereitungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Apparative Auswertung,
- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

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.

Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.

32031	Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile	0,25 €
-------	--	--------

32032	Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung (außer im Harn)	0,25 €
32033	Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung <i>Die Gebührenordnungsposition 32033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.</i> Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, je Untersuchung	0,50 €
32035	Erythrozytenzählung	0,25 €
32036	Leukozytenzählung	0,25 €
32037	Thrombozytenzählung	0,25 €
32038	Hämoglobin	0,25 €
32039	Hämatokrit <i>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.</i> <i>Die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.</i>	0,25 €
32041	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl <i>Die Gebührenordnungsposition 32041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40152 berechnungsfähig.</i>	1,65 €
32042	Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	0,25 €
32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen		
32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Nativpräparat (z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden und Treponemen) und/oder - Nach einfacher Färbung (z. B. mit Methyleneblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)	0,25 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Die Gebührenordnungsposition 32045 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01827 berechnungsfähig.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials **nach differenzierender Färbung**, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050, je Untersuchung

32046	Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten	0,40 €
32047	Retikulozytenzählung	0,40 €
32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach Gram-Färbung	0,40 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32047 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.</i>	
32051	Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches	0,40 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32121 und 32122 berechnungsfähig.</i>	
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 €

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), je Untersuchung	2,05 €
	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten , auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087, je Untersuchung	
32056	Gesamteiweiß	0,25 €
32057	Glukose	0,25 €
32058	Bilirubin gesamt	0,25 €

32059	Bilirubin direkt	0,40 €
32060	Cholesterin gesamt	0,25 €
32061	HDL-Cholesterin	0,25 €
32062	LDL-Cholesterin	0,25 €
32063	Triglyceride	0,25 €
32064	Harnsäure	0,25 €
32065	Harnstoff	0,25 €
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)	0,25 €
32067	Kreatinin, enzymatisch	0,40 €
32068	Alkalische Phosphatase	0,25 €
32069	GOT	0,25 €
32070	GPT	0,25 €
32071	Gamma-GT	0,25 €
32072	Alpha-Amylase	0,40 €
32073	Lipase	0,40 €
32074	Creatinkinase (CK)	0,25 €
32075	LDH	0,25 €
32076	GLDH	0,40 €
32077	HBDH	0,40 €
32078	Cholinesterase	0,40 €
32079	Saure Phosphatase	0,25 €
32081	Kalium	0,25 €
32082	Calcium	0,25 €
32083	Natrium	0,25 €
32084	Chlorid	0,25 €
32085	Eisen	0,25 €
32086	Phosphor anorganisch	0,40 €
32087	Lithium	0,60 €

Die Gebührenordnungspositionen 32060 bis 32063 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32071 und 32081 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32074 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32066 und 32067 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01930 und 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32057 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32025, 32125 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32057 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

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) , je Leistung	0,80 €
	<i>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.</i>	
32092	Quantitative Bestimmung CK-MB	1,15 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32092 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i>	
32094	Quantitative Bestimmung von HbA1c	4,00 €
32097	Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP, je Untersuchung	19,40 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften berechnungsfähig.</i>	
32101	Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH), je Untersuchung	3,00 €
	Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106, je Untersuchung	
32103	Immunglobulin A (Gesamt-IgA)	0,60 €
32104	Immunglobulin G (Gesamt-IgG)	0,60 €
32105	Immunglobulin M (Gesamt-IgM)	0,60 €
32106	Transferrin	0,60 €

32107 **Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum** mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung 0,75 €

32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchungen zur **Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117,
je Untersuchung

32110 **Blutungszeit (standardisiert)** 0,75 €

32111 **Rekalzifizierungszeit** 0,75 €

32112 Partielle Thromboplastinzeit (**PTT**) 0,60 €

32113 Thromboplastinzeit (**TPZ**) aus **Plasma** 0,60 €

32114 Thromboplastinzeit (**TPZ**) aus **Kapillarblut** 0,75 €

32115 Thrombingerinnungszeit (**TZ**) 0,75 €

32116 **Fibrinogenbestimmung** 0,75 €

32117 Qualitativer Nachweis von **Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten** (z. B. D-Dimere) 4,60 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32116 beträgt 1,55 EURO.

Die Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32026 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32117 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32027 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

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 0,50 €

Die Gebührenordnungsposition 32120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32122 und 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32120 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

32121 **Mechanisierte Zählung** der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt 0,60 €

Die Gebührenordnungsposition 32121 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32051 und 32122 berechnungsfähig.

32122	Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren <i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1,10 €
	<ul style="list-style-type: none"> - Hämoglobin, - Hämatokrit, - Erythrozytenzählung, - Leukozytenzählung, - Thrombozytenzählung, - Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten 	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mechanisierte Zählung der Retikulozyten, - Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen 	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32122 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32051, 32120, 32121 und 32125 berechnungsfähig.</i>	
32123	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32121 oder 32122 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausriches	0,40 €
32124	Bestimmung der endogenen Kreatininclearance <i>Die Gebührenordnungsposition 32124 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32197 berechnungsfähig.</i>	0,80 €
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) <i>Die Gebührenordnungsposition 32125 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32057, 32066, 32067, 32071, 32081, 32120 und 32122 berechnungsfähig.</i>	1,45 €
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, je Untersuchung	
32128	C-reaktives Protein	1,15 €
32130	Streptolysin O-Antikörper (Antistreptolysin)	1,15 €
32131	Gesamt-IgM beim Neugeborenen	2,15 €

32132	Schwangerschaftsnachweis	1,30 €
32133	Mononucleose-Test	2,05 €
32134	Myoglobin	3,00 €
32135	Mikroalbuminurie-Nachweis	1,55 €
32136	Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis	1,85 €

Die Gebührenordnungsposition 32134 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

Drogensuchtest unter Verwendung eines **vorgefertigten Reagenzträgers**, gilt für Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147

je Substanz und/oder Substanzgruppe

32137	Buprenorphinhydrochlorid	3,05 €
32140	Amphetamin/Metamphetamin	3,05 €
32141	Barbiturate	3,05 €
32142	Benzodiazepine	3,05 €
32143	Cannabinoide (THC)	3,05 €
32144	Kokain	3,05 €
32145	Methadon	3,05 €
32146	Opiate (Morphin)	3,05 €
32147	Phencyclidin (PCP)	3,05 €

Die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32292 berechnungsfähig.

32148	Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch, im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses	1,00 €
-------	---	--------

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung 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 Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 EURO.

Die Gebührenordnungsposition 32148 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig.

32150 Immunologischer Nachweis von **Troponin I und/oder Troponin T** auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung 11,25 €

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.

Die Gebührenordnungsposition 32150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32074, 32092, 32134 und 32450 berechnungsfähig.

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 Keimzahlschätzung(en),
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),
- Einfache Differenzierung(en) (z. B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)

Die Gebührenordnungsposition 32151 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32720 berechnungsfähig.

32152 Orientierender **Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen** bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr 2,55 €

32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen

32880 **Harnstreifentest gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit** 0,50 €

Erfolgt die Untersuchung nicht unmittelbar nach Gewinnung des Urins ist durch geeignete Lagerungs- und ggf. Transportbedingungen sicherzustellen, dass keine Verfälschungen des Analyseergebnisses auftreten können.

Die Gebührenordnungsposition 32880 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32881 Bestimmung der Nüchternplasmaglukose gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie 0,25 €

Die Gebührenordnungsposition 32881 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32882 Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride) gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie 1,00 €

Die Gebührenordnungsposition 32882 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

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 Gebührenordnungspositionen, sofern in den Präambeln und Gebührenordnungspositionen des EBM nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Gebührenordnungsposition 33100 kann ausschließlich von:
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Neurochirurgie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
 berechnet werden.

33000 Ultraschalluntersuchung des Auges 11,34 €

Obligater Leistungsinhalt

95 Punkte

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33001 Ultraschall-Biometrie des Auges

5,85 €

Obligater Leistungsinhalt

49 Punkte

- 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,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33001 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33001 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33001 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33002 Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie

6,32 €

53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33010 Sonographische Untersuchung der **Nasennebenhöhlen** mittels **A-Mode-** und/oder **B-Mode-**Verfahren,
je Sitzung 6,32 €
53 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33010 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33010 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33011 **Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)** 9,43 €
79 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Gesichtsweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahren,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33012 Sonographische Untersuchung der **Schilddrüse** mittels **B-Mode-**Verfahren,
je Sitzung 9,19 €
77 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33040 Sonographische Untersuchung der **Thoraxorgane** mittels B-Mode-Verfahren,
je Sitzung 13,13 €
110 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33041 Sonographische Untersuchung einer oder beider **Brustdrüsen** mittels **B-Mode-Verfahren**, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten,
je Sitzung 17,90 €
150 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 08320 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33042 Sonographische Untersuchung des **Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren** mittels **B-Mode-Verfahren**,
je Sitzung 17,07 €
143 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 oder 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01772 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01773 nur mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 01906, 08341 und 33043 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **Uro-Genital-Organen** mittels **B-Mode**-Verfahren,
je Sitzung

9,79 €
82 Punkte

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01902, 01904, 01906, 08341, 33042, 33044 und 33081 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase**, mittels **B-Mode-Verfahren** 15,51 €
130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904 bis 01906, 01912, 08341, 33043, 33081 und 33090 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

- 33046 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung** 9,07 €
76 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Kontrastmitteleinbringung(-en)
Die Gebührenordnungsposition 33046 ist entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33046 genannten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.
- 33050 Sonographische Untersuchung von **Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates** (Sehne, Muskel, Bursa) mittels **B-Mode**-Verfahren, 8,12 €
je Sitzung 68 Punkte
Sonographische Untersuchungen der Säuglingshöften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722, 33051, 33081 und 33100 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
- 33051 Sonographische Untersuchung der **Säuglingshöften** mittels **B-Mode**-Verfahren, 12,29 €
je Sitzung 103 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 33051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722 und 33050 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33051 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33051 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
- 33052 **Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind,** 13,13 €
je Sitzung 110 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 33052 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33060 Sonographische Untersuchung **extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen 31,86 €
267 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Entgegen Nr. 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.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33070 berechnungsfähig.

33061 Sonographische Untersuchung **der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität, 10,74 €
90 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 30500 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

- 33062 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **CW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumescenzmessung, je Sitzung 8,47 €
71 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33064 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33062 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33076 Sonographische Untersuchung der **Venen einer Extremität** mittels **B-Mode**-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen, je Sitzung 8,71 €
73 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

- 33080 **Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren**, je Sitzung 7,52 €
63 Punkte

Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z. B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.

Bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut ist entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten

auf die Gebührenordnungsposition 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um 1 Minute zu reduzieren.

Die Gebührenordnungsposition 33080 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33080 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33080 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 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, 33080 und 33100 sind**, mittels **B-Mode**-Verfahren,
je Sitzung
- 6,68 €
56 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist neben den Gebührenordnungspositionen 33011, 33040 und 33042 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01902, 01904, 01906, 33043, 33044 und 33050 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

- 33090 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 **bei transkavitärer Untersuchung**
- 6,80 €
57 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist bei transoesophagealer Durchführung zweimal je Sitzung berechnungsfähig, sofern mindestens eine der folgenden Diagnosen (C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus, C16.- Bösartige Neubildung des Magens, C17.0 Bösartige Neubildung des Duodenums, C17.1 Bösartige Neubildung des Jejunums, C22.- Bösartige Neubildung der Leber und

der intrahepatischen Gallengänge, C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase, C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas) oder eine der folgenden gesicherten Diagnosen (K80.- Cholelithiasis, K83.- sonstige Krankheiten der Gallenwege, K85.- Akute Pankreatitis, K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas) vorliegt. Die zweimalige Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 08341 und 33044 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33091 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für **optische Führungshilfe** 10,38 €
87 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33091 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33091 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33092 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33042, 33043 und 33044 für **optische Führungshilfe** 14,08 €
118 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33092 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33092 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33105 Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparovec

52,51 €
440 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Leber,
- Elastographische Bewertung der Leber

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nur einmalig berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassene Therapie mit Etranacogen dezaparovec berechnungsfähig.

Bis zum 30. September 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33105 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 33042 berechtigt, voraus. Ab dem 1. Oktober 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 33105 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich, die die Gebührenordnungsposition 33105 umfasst.

Sofern die Gebührenordnungsposition 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152 und 35173 bis 35178 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen des § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
3. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting entsprechend den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 11 Abs. 12 der Psychotherapie-Vereinbarung berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
4. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
5. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 4 durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35100 Differentialdiagnostische Krankheitszustände	Klärung	psychosomatischer	23,03 € 193 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>			
- Differentialdiagnostische Krankheitszustände,	Klärung	psychosomatischer	

- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarungen 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.

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35110 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

23,03 €

Obligater Leistungsinhalt

193 Punkte

- 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)

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarungen 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.

*Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.*

35111 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Einzelbehandlung** 39,98 €
335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Einzelbehandlung

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.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35111 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 35 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35111 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.

Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35112 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Erwachsenen** 10,74 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,

- Standardisierte Dokumentation,
 - Dauer mindestens 50 Minuten,
 - Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
 - Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,
- je Teilnehmer

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.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35112 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 60 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35112 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 75 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.

Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35112 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35113 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen** 15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
 - Verbale Intervention,
 - Einführung des Patienten in das Verfahren,
 - Standardisierte Dokumentation,
 - Dauer mindestens 30 Minuten,
 - Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
 - Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,
- je Teilnehmer

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.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35113 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35113 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 55 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.

Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35112, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35120 Hypnose

24,46 €

Obligater Leistungsinhalt

205 Punkte

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,
- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 15 Minuten

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.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35120 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35120 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35130 Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2

35,32 €

296 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35131 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35131 Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie 70,53 €
591 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35131 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35130 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35131 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35140 Biographische Anamnese 84,37 €
707 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellen der biographischen Anamnese,
- Bestimmung des psychodynamischen, system- und ressourcenanalytischen oder verhaltensanalytischen Status,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35140 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35141 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration 30,67 €
257 Punkte

Obligater 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,
je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35150 und 35141 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35141.

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35142 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde 8,95 €
75 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03350, 04351, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 22230, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35150 Probatorische Sitzung 84,61 €
709 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 4-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35141 und 35150 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35150.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35151 Psychotherapeutische Sprechstunde

56,33 €

Obligater Leistungsinhalt

472 Punkte

- 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 Hilfemöglichkeiten,
- individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist gemäß § 11 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 6-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 kann im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142, 35150, 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35152 Psychotherapeutische Akutbehandlung

56,33 €

472 Punkte

Obligater 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,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) ist die Gebührenordnungsposition 35152 gemäß § 15 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung höchstens 30-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Dauer von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 35152 ist jeweils eine mindestens 25 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Obligatorer Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35163	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern	84,01 € 704 Punkte
35164	Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern	70,89 € 594 Punkte
35165	Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern	63,01 € 528 Punkte
35166	Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern	57,64 € 483 Punkte
35167	Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern	53,82 € 451 Punkte
35168	Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern	51,08 € 428 Punkte
35169	Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern	48,81 € 409 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 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 35163 bis 35169 sind im Krankheitsfall nur bis zur Höchstsitzungszahl gemäß § 12 Absatz 3 und 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151 und 35152 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)

Obligater Leistungsinhalt

- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung gemäß § 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Strukturierte Vermittlung und weitere Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie,
- Informationsvermittlung zu psychischen Störungen und Erarbeitung eines individuellen Krankheitsverständnisses sowie des individuellen Umgangs mit der Symptomatik,
- Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie im Gruppensetting,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35173 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35174 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte

35175 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35176 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35177 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35178 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35179 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 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 35173 bis 35179 sind gemäß § 11a Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie höchstens 4-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen sind im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 höchstens 5-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

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 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 von mindestens 182.084 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 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 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 424.862 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 212.431 Punkten (hälftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 die Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkten bei hälftigem 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 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 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 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 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 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 - jedoch maximal 424.862 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang - und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 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, der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 sowie der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gemäß den Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und der Gebührenordnungsposition 37500 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.
 6. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.1, die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718 und die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35571, 35572, 35573, 35591 und 35593 bis 35598 sind auch bei Durchführung der Leistungen

im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen des § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

7. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von Gruppentherapie durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
8. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
9. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 8 durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35.2.1 Einzeltherapien

35401 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35402 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)112,30 €
941 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35402 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35405 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35405 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35405 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35411 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214,

01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35411 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35412 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35412 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35412 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35415 Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35415 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35415 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35415 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35421 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €

Obligater Leistungsinhalt

941 Punkte

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachszitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35422 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)112,30 €
941 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 § 28 Abs. 4 und 6 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,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35422 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35425 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)112,30 €
941 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 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 § 28 Abs. 4 und 6 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, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35425 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35425 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35425 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35431 Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 35431 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35432 Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)112,30 €
941 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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 35432 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35435 Systemische Therapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)112,30 €
941 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 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 35435 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über

die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2.2 Gruppentherapien

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligatorer Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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	111,58 € 935 Punkte
35504	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35505	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35506	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte

35507 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35508 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35509 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 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 35503 bis 35509 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35513 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35514 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35515 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35516 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35517 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 €

	598 Punkte
35518 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 €
	568 Punkte
35519 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 €
	543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 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 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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

35523 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 €
	935 Punkte
35524 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 €
	788 Punkte
35525 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 €
	700 Punkte

35526	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35527	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35528	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35529	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 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 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35533	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35534	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35535	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte

35536 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35537 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35538 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35539 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 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 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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

35543 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35544 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 €

	788 Punkte
35545 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 €
	700 Punkte
35546 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 €
	641 Punkte
35547 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 €
	598 Punkte
35548 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 €
	568 Punkte
35549 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 €
	543 Punkte

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, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)

Obigater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35553 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 €
	935 Punkte
35554 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 €
	788 Punkte

35555 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35556 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35557 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35558 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35559 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

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, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 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

35703	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35704	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35705	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35706	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35707	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35708	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35709	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 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 35703 bis 35709 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

-	Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag, je Teilnehmer	
35713	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35714	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35715	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35716	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35717	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35718	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35719	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 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 35713 bis 35719 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2.3 Zuschläge

35.2.3.1 Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

35571	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30932 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2	22,20 € 186 Punkte
-------	---	-----------------------

Die Gebührenordnungsposition 35571 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Gebührenordnungsposition 35571 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35572 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30933, 35173 bis 35179 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 9,19 €
77 Punkte

Sofern die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35543 bis 35549, 35553 bis 35559, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 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 Gebührenordnungsposition 35572 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35573 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 37500 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 11,34 €
95 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35573 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Gebührenordnungsposition 35573 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie

1. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die für die Mindestsprechstundenanzahl gemäß § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV zur Verfügung stehen.
2. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie berechnungsfähig.

35591 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432, 16,83 €
höchstens 10-mal im Krankheitsfall 141 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35591 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35593 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35503, 35523, 35543 und 35703, 16,71 €
140 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35593 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35594 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35504, 35524, 35544 und 35704, 14,08 €
118 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35594 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35595 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35505, 35525, 35545 und 35705, 12,53 €
105 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35595 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35596 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35506, 35526, 35546 und 35706, 11,46 €
96 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35596 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35597 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35507, 35527, 35547 und 35707, 10,74 €
90 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35597 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35598 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35508, 35528, 35548 und 35708, 10,14 €
85 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35598 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35599 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35509, 35529, 35549 und 35709, 9,67 €
81 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35599 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

1. Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall
 - für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten,

- für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten berechnungsfähig.
- 2. Die Gebührenordnungsposition 35600 und bei Erwachsenen die Gebührenordnungsposition 35601 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

35600 Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren

4,06 €

Obligater Leistungsinhalt

34 Punkte

- Anwendung standardisierter Testverfahren
 - Fragebogentest und/oder
 - Orientierender Test,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

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 und 01218 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

35601 Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren

4,65 €

Obligater Leistungsinhalt

39 Punkte

- Anwendung psychometrischer Testverfahren
 - Funktionstest
und/oder
 - Entwicklungstest
und/oder
 - Intelligenztest,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,
je vollendete 5 Minuten

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 und 01218 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

35602 Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren

6,68 €
56 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,
je vollendete 5 Minuten

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 und 01218 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

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 36 abgebildet.
 - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt 36.2 bzw. 36.5)
 - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt 36.3).
 - Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexeleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
 - Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
2. Belegärztlich-konservativer Bereich
 - Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen 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 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden.

36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

36.6.1 Präambel

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 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.
2. Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes 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.
 3. Die Gebührenordnungspositionen 13300, 13545, 13650, 13652 und 13678 sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Entgegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen sind stattdessen die in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten genannten Teilleistungen jeweils gesondert, ggf. mehrfach berechnungsfähig. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind die Gebührenordnungspositionen 13251 bis 13255 und 13257 im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall für die unter 36.6.3 Nr. 1 und 2 genannten Vertragsärzte auch ohne Definitionsauftrag bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Regionale Regelungen bleiben hiervon unberührt.
 4. Während eines stationären Aufenthaltes kann bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen entweder die Gebührenordnungsposition 36861 je Behandlungstag (max. 10 mal) oder die Gebührenordnungsposition 36867 berechnet werden. Die Berechnung beider Gebührenordnungspositionen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht möglich.

36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen

- | | | |
|-------|--|-------------------------|
| 36861 | Strukturpauschale bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 bei einer Verweildauer von bis zu 13 Tagen,
je Behandlungstag, höchstens 10 mal während eines stationären Aufenthaltes | 9,91 €
83 Punkte |
| 36867 | Strukturpauschale bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen,
einmal je stationärem Aufenthalt | 129,60 €
1086 Punkte |

37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL und der AKI-RL

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-Ohrenheilkunde,
 - 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 Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapieberechnet 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 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 37300, 37302, 37317 und 37318 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllt sind.
 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.
 6. Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von Vertragsärzten berechnet werden, die eine Versorgungsplanung gemäß einer Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in vollstationären Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für von einem Berater betreuten Patienten durchführen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.
 7. Die Gebührenordnungsposition 37510 kann ausschließlich von
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrieberechnet werden.
 8. Die Gebührenordnungspositionen 37500, 37520, 37525, 37530 und 37535 können ausschließlich von
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutenberechnet werden.
 9. Die Gebührenordnungspositionen 37700, 37701, 37704, 37705 und 37706 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß § 8 Abs. 1 oder 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) erfüllt sind.
 10. Die Gebührenordnungspositionen 37710 und 37711 können ausschließlich von
 - Vertragsärzten gemäß Nr. 9 der Präambel 37.1,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärzten für Anästhesiologie,
- Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
- Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs.1 Satz 4 der AKI-RL,
- Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 der AKI-RL, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind (ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind),
- Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die nicht auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind bei Verordnung im Rahmen eines ggf. telemedizinischen Konsils mit auf einem auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsarzt (ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind)

berechnet werden.

11. Die Gebührenordnungspositionen 37714 und 37720 können ausschließlich von

- Vertragsärzten gemäß Nr. 9 der Präambel 37.1,
 - Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 der AKI-RL (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37714),
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37720),
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
 - Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Ärzten gemäß Präambel 16.1 Nr. 1,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen),
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- berechnet werden soll.

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 14,92 €
125 Punkte

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,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37100 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37102, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37102 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä 14,92 €
125 Punkte

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,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37102 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37105 Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä 32,82 €
275 Punkte

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,

einmal im Behandlungsfall

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.

Die Gebührenordnungsposition 37105 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 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 12,65 €
106 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 37113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

- 37120 **Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä** 10,26 €
86 Punkte

Obigater 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

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37400 und 37720 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

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. 1 SGB V erhält. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet.

37300 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä

46,78 €
392 Punkte

Obigater 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,
- einmal im Krankheitsfall

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, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37300 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 und 04370 berechnungsfähig.

37302 **Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der Gebührenordnungsposition 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä** 32,82 €
275 Punkte

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, einmal im Behandlungsfall

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, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

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** 14,80 €
124 Punkte

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, je vollendete 15 Minuten

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, 04231, 04371 bis 04373, 37306, 37314 und 37400 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37305 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

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 14,80 €
124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

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, 04231, 04371 bis 04373, 37305, 37314 und 37400 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

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, 12,65 €
106 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37314 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37314 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 berechnungsfähig.

37317 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen 170,06 €
1425 Punkte

Obligater 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 Notfallplans 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, einmal im Krankheitsfall

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.

25,42 €
213 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonischer Kontakt des Arztes mit
 - dem Pflegepersonal
 - oder
 - dem ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - oder
 - den Angehörigen des Patienten
 - oder
 - dem Krankenhaus,

je Telefonat

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.

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37400 berechnungsfähig.

37320 Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

10,26 €
86 Punkte

Obligater 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

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz, berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37400 und 37720 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30706 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37.4 Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

1. Die Gebührenordnungsposition 37400 dieses Abschnittes kann von Ärzten gemäß Nr. 6 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

37400 Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

11,93 €
100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Teilnahme an einer vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Abstimmung der schriftlichen Patientenverfügung für Notfallsituationen gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Berater

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch gemäß § 11 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V mit dem verantwortlichen Berater,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch berechnungsfähig, wenn die Teilnahme am patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V telefonisch erfolgt.

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von einem an der Beratung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 03371 bis 03373, 04371 bis 04373, 37120, 37305, 37306, 37318, 37320 und 37720 berechnungsfähig.

37.7 Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) berechnungsfähig.

37700 Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A

30,67 €
257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder
- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 5 Abs. 3 der AKI-RL sowie Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Prüfung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials,
- Dauer mindestens 20 Minuten, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37700 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 37700 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Bei Durchführung einer Videosprechstunde in Zusammenhang mit der Potenzialerhebung nach der Gebührenordnungsposition 37700 gelten die Vorgaben gemäß Absatz 5 Nr. 6 und Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1. Werden je Vertragsarzt und Quartal höchstens 3 Potenzialerhebungen nach der Gebührenordnungsposition 37700 durchgeführt und berechnet, findet die Obergrenze gemäß Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 keine Anwendung.

37701 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der Gebührenordnungsposition 01410 oder 01413

15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
je weitere vollendete 10 Minuten

Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 37700 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701.

Die Gebührenordnungsposition 37701 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

37704 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung einer Schluckendoskopie 35,09 €
294 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung zur Untersuchung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie,
- Gabe von Testboli unterschiedlicher Konsistenz,
- Bilddokumentation

37705 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse 10,02 €
84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
 - in Ruhe
und/oder
 - unter definierter und reproduzierbarer Belastung
und/oder
 - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 37705 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 04536, 04562, 13250, 13256, 13602, 13650, 13652, 13661, 32247 und 36884 berechnungsfähig.

37706 Grundpauschale im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die über eine Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 der AKI-RL verfügen 18,97 €
159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Werden die in der Gebührenordnungsposition 37706 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37706 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37706 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 01600 und 01601 berechnungsfähig.

37710 Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C gemäß § 6 der AKI-RL 19,93 €
167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten,
- Dauer mindestens 10 Minuten

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37710 setzt bei Patienten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 der AKI-RL das Vorliegen einer Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements oder nach der Gebührenordnungsposition 37700 voraus, sofern die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 6 der AKI-RL nicht erfüllt sind. Die Durchführung der Erhebung darf nicht länger zurückliegen als in § 5 Abs. 4 und 5 der AKI-RL geregelt. Abweichend von der in § 5 Abs. 1 Satz 1 der AKI-RL unbedingten Vorgabe zur Potenzialerhebung vor jeder Verordnung, gilt befristet vom 31. Oktober 2023 bis zum 31. Dezember 2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll.

Die Gebührenordnungsposition 37710 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

37711 Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL 32,82 €
275 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koordination der medizinischen Behandlung,
- Überprüfung und ggf. Anpassung von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege als Ergebnis der regelmäßigen Untersuchungen (§ 7 Abs. 2 Satz 5),

Fakultativer Leistungsinhalt

- rechtzeitige Einleitung der regelhaften Erhebung sowie bei Bedarf nach Hinweisen aus der Pflege und des Medizinischen Dienstes,
- Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung,
- Konsiliarische Abstimmung mit dem potenzialerhebenden Vertragsarzt/Krankenhaus,
- Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung des Patienten,
- Dokumentation von Absprachen mit beteiligten Vertragsärzten und/oder Angehörigen von Gesundheitsfachberufen,
- Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch den Kinder- und Jugendarzt gemäß § 12 Abs. 3 der AKI-RL,
- Absprache mit der/den Betreuungs- und Bezugsperson(en) über den Umfang einer Beteiligung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37711 kann nur von dem Vertragsarzt berechnet werden, durch den im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals eine Verordnung nach der Gebührenordnungsposition 37710 erfolgt ist.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37711 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01420 setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Die Gebührenordnungsposition 37711 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37711 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371 und 37302 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37714 Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt

12,65 €
106 Punkte

- im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der AKI-RL
 - und/oder
 - zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 der AKI-RL
 - und/oder
 - im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 7 der AKI-RL
 - und/oder
 - im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL,
- einmal im Behandlungsfall

*Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37714 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37714 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 37314 berechnungsfähig.*

37720 Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL

10,26 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 30706, 30948, 37120, 37320 und 37400 berechnungsfähig.

38 Delegationsfähige Leistungen

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-Ohrenheilkunde,
 - 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 berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, eine Versichertenpauschale oder Grundpauschale berechnet wurde.

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	Gebührenordnungsposition	einschl. Wegekosten	-	9,07 €
	entfernungsunabhängig	- für das Aufsuchen eines Patienten		76 Punkte
	durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen,			
	je Sitzung			

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.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37535 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38105 berechnungsfähig.

38105	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, je Sitzung	4,65 € 39 Punkte
-------	---	---------------------

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.

Die Gebührenordnungsposition 38105 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37535 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38100 berechnungsfähig.

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.

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.

38200 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen 10,74 €
90 Punkte

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,
- je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38200 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 berechnungsfähig.

38205 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen 9,91 €
83 Punkte

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, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 berechnungsfähig.

V Kostenpauschalen

40 Kostenpauschalen

40.1 Präambel

1. Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können im Zusammenhang mit ihren Leistungen die Kostenpauschalen 40110, 40111 und 40142 dieses Kapitels abrechnen.
2. Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.3.1 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 40165, 40300 bis 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.17 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

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.

40100 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	2,60 €
- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der	

Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3,

- Histologie,
- Zytologie,
- Zytogenetik und Molekulargenetik,

einmal im Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 40100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.

- 40104 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren, je Versand 5,10 €

Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigrammen ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht berechnungsfähig.

Für die elektronische Übermittlung von Röntgenaufnahme(n) oder Computertomografieaufnahme(n) im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34800 ist die Gebührenordnungsposition 40104 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 40104 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34800 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 40104 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.

- 40106 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern, je Versand 1,50 €

Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.

40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

1. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 sind für den elektronischen Versand von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen nicht berechnungsfähig. Der Versand von Telefaxen ist hiervon ausgenommen.
2. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 sind für Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten

Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	6,02
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	6,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	6,88
5	Anästhesiologie	5,16
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	14,62
6	Augenheilkunde	7,74
7	Chirurgie	20,64
8	Gynäkologie	7,74
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12,04
10	Dermatologie	9,46
11	Humangenetik	17,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	36,12
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	43,86
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	54,18
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	48,16
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	50,74
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	56,76
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	23,22
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	67,08
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	58,48
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3,44
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	27,52
17	Nuklearmedizin	73,96
18	Orthopädie	27,52
19	Pathologie	6,88

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	19,78
21	Psychiatrie	9,46
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	25,80
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,86
23	Psychotherapie	0,86
24	Radiologie	81,70
25	Strahlentherapie	24,08
26	Urologie	25,80
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	12,90
37.7	Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	6,02

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

40110 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen 0,86 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

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 40100 abgerechnet worden ist.

Die Gebührenordnungsposition 40110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.

40111 Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes 0,05 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

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 40100 abgerechnet worden ist.

Die Gebührenordnungsposition 40111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.

40128 Kostenpauschale für die postalische Versendung

0,86 €

- einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten

- bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt gemäß § 4 Absatz 5a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt im Falle einer öffentlich-rechtlichen Pflicht oder bei Bestehen einer öffentlich-rechtlichen Empfehlung zur Absonderung gemäß § 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- im Zusammenhang mit der Durchführung einer Besuchsleistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418

und/oder

- einer Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 1 Absatz 1b der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung von Heilmitteln (Muster 13) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 3a der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Kostenpauschale 40128 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für die jeweilige Verordnung oder Bescheinigung zur Verfügung steht und diese auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

40129 Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw.

0,86 €

die Bezugsperson bei telefonischem Patientenkontakt oder Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde

Die Kostenpauschale 40129 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für das Muster 21 zur Verfügung steht und die Bescheinigung auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

- 40130 **Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse des Patienten gemäß § 4 Absatz 4.1.4 Anlage 2b BMV-Ä** 0,86 €

Die Kostenpauschale 40130 ist nur berechnungsfähig, wenn nach Ausstellung festgestellt wird, dass die Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachgeholt werden kann.

40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest

- 40142 **Kostenpauschale für Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01615, 01620, 01621 oder 01622, bei Abfassung in freier Form**, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können,
je Seite 1,50 €

Die Kostenpauschale 40142 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01615 insgesamt nur für eine Seite berechnungsfähig.

- 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 €

Die Gebührenordnungsposition 40152 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32041 berechnungsfähig.

- 40154 **Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den Bezug des ¹³C-Harnstoffs** gemäß Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen 25,60 €

- 40156 **Kostenpauschale bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs** entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01906 **für den Bezug von Mifepriston** 89,25 €

Der Bezug von Mifepriston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.

40157	Kostenpauschale bei Durchführung eines Schweißtests entsprechend der Gebührenordnungsposition 04535 unter Nutzung eines Iontophorese- und Schweißsammelsystems	33,00 €
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 €
40161	Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter	45,00 €
40165	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	72,00 €
40167	Kostenpauschale bei Durchführung einer FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04538 oder 13678 für das Mundstück (und ggf. Sensor)	7,84 €
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	
	<ol style="list-style-type: none"> 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 oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40300, 40302 und 40304. Die entstehenden Kosten sind entsprechend 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 40300, 40302 und 40304 nicht berechnungsfähig. 	
40300	Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 <i>Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.</i>	181,50 €
40301	Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298	660,00 €

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.

40302 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292** 1.058,40 €

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

40304 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292**, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 690,20 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

40306 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie** 2,50 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.

40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen

40350 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 30110** 16,14 €

40351 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt** 5,50 €

40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe

40454 **Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit** 320,00 €

Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips,

je Seite

40455 **Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 **für die Verwendung von Markierungsclips,** 100,00 €
je Seite

40.9 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren

40460 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423 und 30601 bei Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge für eine Polypektomie oder eine Mukosektomie** 12,00 €

40461 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange** 8,00 €

40462 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04511, 13400 und 13423 bei Verwendung eines Clips inkl. Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator,** 20,80 €
je Clip

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. 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 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 des Umgangs, 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.

40500	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17320 bei Verwendung von Tc-99m-Pertechnetat (Schilddrüse)	3,20 €
40502	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-Phosphonaten (Knochen/Skelett)	33,69 €
40504	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-Makroaggregaten (Lunge)	22,31 €
40506	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-Aerosol (Lunge)	123,12 €
40508	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-HMPAO, Tc-99m-ECD (Hirn)	208,81 €
40510	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17340 bei Verwendung von Tc-99m-DMSA, Tc-99m-DTPA (Niere)	33,85 €
40512	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-DTPA (Hirn)	78,53 €
40514	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von Tc-99m-MAG3 (Niere)	83,57 €
40516	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17351 bei Verwendung von Tc-99m-Kolloid (Leber)	57,41 €

40518	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von Tc-99m-IDA-Verbindungen (Galle)	34,94 €
40520	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17330, 17331 und 17310 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	77,84 €
40522	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17332, 17333 und 17350 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Eigenerythrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)	56,98 €
40524	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Liganden (Tumorlokalisierung)	373,81 €
40526	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 oder 17350 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Antikörpern (Knochenmark, Entzündungslokalisierung)	383,55 €
40528	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Mikro-/Nanokolloiden (Lymphknotendiagnostik)	66,14 €
40530	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung einer Tc-99m-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)	32,48 €
40532	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17330 oder 17331 bei Verwendung von Tl-201-CI (Myokard)	70,00 €
40534	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von J-123 (Schilddrüse)	95,00 €

40536	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von J-123-MIBG (chromaffine Tumoren/Nebennierenmark)	350,00 €
40538	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von J-123-FP-CIT (M. Parkinson, Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ (DLB))	830,00 €
40540	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17321 bei Verwendung von J-131 (Schilddrüse)	10,00 €
40546	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von J-131-MIBG	1.784,00 €
40548	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von In-111-Oxinat (Zellmarkierung)	140,00 €
40550	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von In-111-Octreotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik) <i>Die Gebührenordnungsposition 40550 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40551 berechnungsfähig.</i>	766,00 €
40551	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-Tektrotyd (Somatostatinrezeptor-Diagnostik) <i>Die Gebührenordnungsposition 40551 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40550 berechnungsfähig.</i>	860,41 €
40552	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von In-111-DTPA	304,70 €
40554	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von Se-75-SeHCAT (Gallensäuren)	474,75 €

40556	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von Y-90-Colloid (Radiosynoviorthese)	130,00 €
40558	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von Re-186-Colloid (Radiosynoviorthese)	163,00 €
40560	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17371 bei Verwendung von Er-169-Colloid (Radiosynoviorthese)	124,00 €
40562	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 zur Therapie von Knochenmetastasen mit Radioisotopen	1.355,00 €
40568	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von J-123-Hippuran (Niere)	143,00 €
40576	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von radioaktiv markierten Gasen (Lunge)	350,00 €
40580	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25331, 25332 oder 25333 bei Verwendung von Ir-192	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, je Injektion <i>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).</i>	65,00 €

40584	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 bei Verwendung von F-18-Fluorodesoxyglukose	255,00 €
	<i>In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i>	
40585	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden	1.100,00 €
	<i>In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i>	
40.11 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe		
40680	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362	513,00 €
40681	Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31364	92,53 €
40685	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode entsprechend der Gebührenordnungsposition 31319	1.020,00 €
40.12 Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe		
	1. Für die Abrechnung von Sachkosten aus diesem Abschnitt gelten die Rahmenbedingungen der Anlage 35 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ).	
	2. Die Kosten für den Transport gemäß der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) von der Entnahmeeinrichtung zur Lagerungseinrichtung sowie von der Lagerungseinrichtung zur reproduktionsmedizinischen Einrichtung, welche die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen nach erfolgter Kryokonservierung durchführt, sind abweichend von 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zusätzlich gemäß 7.3 berechnungsfähig.	
	3. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.	
40700	Kostenpauschale für Lagerung gemäß Kryo-RL,	68,00 €

einmal im Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 40700 ist für jedes Quartal berechnungsfähig in dem die Lagerung erfolgt, unabhängig davon, ob in diesem Quartal weitere ärztliche Leistungen abgerechnet werden.

40701 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen,** 10,00 €
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 40701 ist nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung unter Quarantänebedingungen erfordert, berechnungsfähig.

Darüber hinaus ist die Gebührenordnungsposition 40701 bis zum Vorliegen eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung ohne Quarantänebedingungen erlaubt, berechnungsfähig. Die Berechnung setzt in diesem Fall die Angabe einer Begründung voraus.

40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen

40750 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142 122,00 €

40752 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144 200,00 €

40754 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147 333,00 €

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. Die Vorverlegung einer Hämodialyse kann unter Berücksichtigung sozialer Aspekte mit Angabe einer Begründung von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Für die Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 ist in diesem Fall der Sonntag auf die aktuelle Behandlungswoche anzurechnen.
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 Dialysegerät, 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. Dies gilt auch für die Erstattung der Stromkosten im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse (CCPD) als Heimdialyse. 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.

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, je durchgeführter Dialyse	664,16 €
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche <i>Die Gebührenordnungsposition 40816 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40817 und 40819 berechnungsfähig.</i>	879,19 €
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, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	125,63 €

Die Gebührenordnungsposition 40817 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.

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, je durchgeführter Dialyse 697,42 €

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, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 131,88 €

Die Gebührenordnungsposition 40819 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.

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, je Behandlungswoche

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) 514,59 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 493,94 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 442,25 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 421,59 Euro

Die Gebührenordnungsposition 40823 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40824 bis 40828 berechnungsfähig.

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,

je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

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) 171,50 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 164,61 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 147,45 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 140,57 Euro

Die Gebührenordnungsposition 40824 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|----------|
| 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, je Behandlungswoche | 535,36 € |
|-------|---|----------|

Die Gebührenordnungsposition 40825 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823, 40824 und 40826 bis 40828 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|---------|
| 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, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche | 76,48 € |
|-------|---|---------|

Die Gebührenordnungsposition 40826 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|--|----------|
| 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, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche | 178,49 € |
|-------|--|----------|

Die Gebührenordnungsposition 40827 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

<p>40828 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Häm- 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, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 40828 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.</i></p>	185,05 €
<p>40829 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr</p>	10,59 €
<p>40830 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr</p>	3,50 €
<p>40831 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr</p>	21,19 €
<p>40832 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr</p>	7,10 €
<p>40833 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr</p>	31,78 €
<p>40834 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr</p>	10,59 €
<p>40835 Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 und/oder - bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 	95,33 €

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 und/oder - bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	31,78 €
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)	317,78 €
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD), je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	105,93 €
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	5,85 €
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 <i>Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen oder Filmfolien ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40852 nicht berechnungsfähig.</i>	0,51 €
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 je Seite	320,00 €
40855	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für die Verwendung von Markierungsclips je Seite	100,00 €
40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie		

40900	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401, je durchgeführter Leistung	430,67 €
40901	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm², je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	65,49 €
40902	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche > 20 cm², je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	71,39 €
40903	Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314, je Kalendertag	47,54 €
40910	Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 13586 und/oder 13587, einmal im Behandlungsfall	68,00 €

VI Anhänge

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

- 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.
- In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten VP = Versichertenpauschale, GP = Grund- / Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen verwiesen.

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	x
	Amsler-Gitter-Test		x	
	Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Anästhesie eines peripheren Nerven	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 Blutleere 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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports	x	x	
	Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		x	x
	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang		x	
	Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge		x	
	Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"			x
	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
	Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ausstellung einer Folgeverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	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 oder im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 Mastdarmpvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	x	x	x
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata	x	x	x
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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. gastroskopie			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 Körperhöhle	x	x	x
	Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten 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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 Mittelfußknochens			x
	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermitteglied- 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 Elektrodeneinführung		x	
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr		x	
	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen		x	
	Entfernung einer Zervix-Cerclage		x	x
	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle			x
	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 Kirschnerdrähte 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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen			
	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 sowie ggf. Übertragung oder Löschung des	X	X	X

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä			
	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	
	Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)			x
	Gefäßendoskopie, intraoperativ			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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
	Hörgerätekupplermessungen 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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 Praxismgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde	x	x	
	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, Peloiden	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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, Muschelfrakturierung, 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 Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen			x
	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 Schädelteils			x
	Röntgenaufnahmen von Kiefertteilen 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		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen			
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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-			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern			
	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 Skeletteile 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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	
	Topographische Untersuchung der Hornhaut		x	
	Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	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	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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	
	Überprüfung der Notwendigkeit und Erhebung notfallrelevanter Patientendaten zur Anlage und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum BMV-Ä, einschließlich Übertragung auf die eGK des Patienten und Aufklärung des Patienten	x	x	x
	Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe im Verlauf der Therapie	x	x	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

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 selbsterbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse			
	Verwendung eines Ganzkörperzusatzes			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
	Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren	X	X	X
	Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal			X
	Extraktion eines Milchzahnes	X	X	
	Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt			X

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	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 - Ambulante Betreuung 2h	x		
01511	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	x		
01512	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	x		
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	x		
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-Retransfusion	x		
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
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		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
02400	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	x		
02401	H2-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		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
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	x		
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	x		
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	x		
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		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
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	x		
32000	Laborgrundgebühr	x	x	

3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V

Glossar

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.
°°°	Bei der Erstellung des Tagesprofils ist als Prüfzeit auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen.

Anmerkungen:

- 1) Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen, vertraglich vereinbarte Kostenerstattungen und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 bis 11.4.4 EBM und 19.4.2 bis 19.4.5 EBM enthalten keine ärztlichen Kalkulations- und Prüfzeiten.
- 2) Der im Standardbewertungssystem verwendete Zeitbedarf für die ärztliche Leistung.
- 3) Gemäß der Allgemeinen Bestimmung 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 3 gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen werden die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3 EBM ebenfalls nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

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
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	KA	./.	Keine Eignung
01205	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I)	2	./.	Keine Eignung
01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II)	2	./.	Keine Eignung
01210	Notfallpauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01212	Notfallpauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01214	Notfallkonsultationspauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01216	Notfallkonsultationspauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01218	Notfallkonsultationspauschale III	KA	./.	Keine Eignung
01220	Reanimationskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01221	Zuschlag Beatmung	KA	./.	Keine Eignung
01222	Zuschlag Defibrillation	KA	./.	Keine Eignung
01223	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01210	KA	./.	Keine Eignung
01224	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01226	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01320*	Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	6	Nur Quartalsprofil
01321*	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	11	Nur Quartalsprofil
01322	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01323	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01410	Besuch	KA	13	Tages- und Quartalsprofil
01411	Dringender Besuch I	KA	./.	Keine Eignung
01412	Dringender Besuch II	KA	./.	Keine Eignung
01413	Besuch eines weiteren Kranken	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
01414*	Visite auf der Belegstation, je Patient	KA	./.	Keine Eignung
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal			
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	KA	./.	Keine Eignung
01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	KA	2	Nur Quartalsprofil
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	9	Tages- und Quartalsprofil
01430	Verwaltungskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	KA	./.	Keine Eignung
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01436	Konsultationspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01438*	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	KA	./.	Keine Eignung
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	30	30	Tages- und Quartalsprofil
01442	Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften	KA	./.	Keine Eignung
01444	Zuschlag Authentifizierung	KA	./.	Keine Eignung
01450	Zuschlag Videosprechstunde	KA	./.	Keine Eignung
01471	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
01472	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01473	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio	KA	./.	Keine Eignung
01474*	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto	KA	./.	Keine Eignung
01475	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Oviva Direkt für Adipositas	KA	./.	Keine Eignung
01476	Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA Mawendo	KA	./.	Keine Eignung
01477	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella	KA	./.	Keine Eignung
01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01500	Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01501	Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01502	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8	0	0	Tages- und Quartalsprofil
01503	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01510*	Ambulante Betreuung 2h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01511*	Ambulante Betreuung 4h	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01512*	Ambulante Betreuung 6h	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01520*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01521*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01522*	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß §	8	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen			
01530*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01531*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01540*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
01541*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01542*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01543*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 2h	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01544*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 4h	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01545*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 6h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
01546	Beobachtung und Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie gegen SARS-CoV-2	6	4	Tages- und Quartalsprofil
01549	Zusatzpauschale Beobachtung nach intranasaler Anwendung von Esketamin	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	4	1	Tages- und Quartalsprofil
01601	Individueller Arztbrief	8	2	Tages- und Quartalsprofil
01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	KA	./.	Keine Eignung
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01613	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01615	Feststellung und Bescheinigung gemäß Krankenhausbegleitungs-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	KA	./.	Keine Eignung
01621	Krankheitsbericht	KA	./.	Keine Eignung
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	KA	./.	Keine Eignung
01623	Kurvorschlag	KA	./.	Keine Eignung
01624	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01630	Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans	2	2	Nur Quartalsprofil
01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01641	Zuschlag Notfalldatensatz	KA	./.	Keine Eignung
01642	Löschen eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01645	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren	KA	./.	Keine Eignung
01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	1	1	Nur Quartalsprofil
01648	Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung	KA	./.	Keine Eignung
01650*	Zuschlag DeQS-RL, Verfahren 2, Anlage II Buchstabe e	KA	./.	Keine Eignung
01670	Einholung eines Telekonsiliums	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01671	Telekonsiliarische Beurteilung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01681	Meldung von Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01682	Fallbesprechung Kinder- und Jugendschutz	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01699*	Zuschlag zur GOP 01700	KA	./.	Keine Eignung
01700*	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01705	Neugeborenen-Hörscreening	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01706	Kontroll-AABR	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
01707	Beratung zum Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01709	Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
01710	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01711	U1	8	6	Tages- und Quartalsprofil
01712	U2	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01713	U3	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01714	U4	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01715	U5	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01716	U6	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01717	U7	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01718	U8	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01719	U9	22	16	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01720	J1	22	15	Tages- und Quartalsprofil
01721	Besuch wegen U1 - U2	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
01722	Sonographie der Säuglingshöften bei U3	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01723	U7a	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01724	Laboruntersuchungen des Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01725	Immunreaktives Trypsin	KA	./.	Keine Eignung
01726	Pankreatitis-assoziiertes Protein	KA	./.	Keine Eignung
01727	Molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens	KA	./.	Keine Eignung
01731	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	8	7	Tages- und Quartalsprofil
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	19	15	Tages- und Quartalsprofil
01734	Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion	3	2	Tages- und Quartalsprofil
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	KA	./.	Keine Eignung
01738*	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	KA	./.	Keine Eignung
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01741	Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	37	30	Tages- und Quartalsprofil
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	7	5	Tages- und Quartalsprofil
01743*	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	17	13	Tages- und Quartalsprofil
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition	13	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs			
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01748	Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	./.	Keine Eignung
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screening	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
01756*	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
01757*	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	KA	./.	Keine Eignung
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	11	Tages- und Quartalsprofil
01759*	Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	1	Nur Quartalsprofil
01763*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	7	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 oKFE-RL	KA	29	Tages- und Quartalsprofil
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	KA	10	Nur Quartalsprofil
01767*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01768*	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	6	Nur Quartalsprofil
01769*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 zur HPV-Genotypisierung	KA	./.	Keine Eignung
01770	Betreuung einer Schwangeren	48	36	Nur Quartalsprofil
01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	15	12	Nur Quartalsprofil
01772	Weiterführende Sonographie I	13	8	Nur Quartalsprofil
01773	Weiterführende Sonographie II	29	21	Nur Quartalsprofil
01774	Weiterführende Dopplersonographie I	23	17	Nur Quartalsprofil
01775	Weiterführende Dopplersonographie II	20	14	Nur Quartalsprofil
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01780	Planung der Geburtsleitung	15	10	Tages- und Quartalsprofil
01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01782	Blutentnahme aus der Nabelschnur	16	13	Tages- und Quartalsprofil
01783*	AFP-Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01784	Amnioskopie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01785	Tokographie vor 28. Woche	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01786	CTG	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01787	Chorionzotten-Biopsie	11	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01788	Beratung nach GenDG zum NIPT-RhD	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01789	Beratung nach GenDG zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß Abschnitt B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01790	Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nichtinvasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß Abschnitt B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01793*	Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01794*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer	KA	32	Nur Quartalsprofil
01795*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794	KA	32	Nur Quartalsprofil
01796*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 bei einer genetisch bedingten Erkrankung des Fötus	KA	43	Nur Quartalsprofil
01799	Beratung einer Schwangeren durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie (SchKG)	5	5	Nur Quartalsprofil
01800*	TPHA/TPPA-Antikörper-Test	KA	./.	Keine Eignung
01802*	Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01803*	Röteln-IgM-Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01804*	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01805*	Untersuchung auf Dweak	KA	./.	Keine Eignung
01806*	Bestimmung der Rhesusformel	KA	./.	Keine Eignung
01807*	Antikörper-Suchtest	KA	./.	Keine Eignung
01808*	Antikörper-Differenzierung	KA	./.	Keine Eignung
01809*	Quantitativer Antikörnernachweis	KA	./.	Keine Eignung
01810*	HBs-Antigen-Test	KA	./.	Keine Eignung
01811*	HIV-Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	KA	./.	Keine Eignung
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	16	7	Tages- und Quartalsprofil
01816*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschaftsrichtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	6	6	Nur Quartalsprofil
01822	Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	9	9	Nur Quartalsprofil
01823	Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening	KA	./.	Keine Eignung
01824	Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis	KA	./.	Keine Eignung
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche (Empfängnisregelung)	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	KA	1	Nur Quartalsprofil
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01828	Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01830	Applikation eines Intrauterinpessars (IUP)	9	6	Tages- und Quartalsprofil
01831	Ultraschallkontrolle nach IUP-Applikation	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01832	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01833*	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01840*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01841*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko gemäß ESA-Richtlinie	KA	32	Nur Quartalsprofil
01842*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß ESA-Richtlinie	KA	24	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01850	Beratung wegen Sterilisation	6	4	Nur Quartalsprofil
01851*	Untersuchung vor Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01852*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01853*	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01854*	Sterilisation des Mannes	16	14	Tages- und Quartalsprofil
01855*	Sterilisation der Frau	26	21	Tages- und Quartalsprofil
01856*	Narkose bei Sterilisation	68	62	Nur Quartalsprofil
01857*	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01865*	Nachweis von HBs-Antigen und/ oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01866*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Bestimmung der Hepatitis-B-Virus-DNA gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01867*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Nachweis von Hepatitis-C-Virus-RNA gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01869*	Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D aus mütterlichem Blut	KA	./.	Keine Eignung
01870*	Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21	KA	3	Nur Quartalsprofil
01900	Beratung wegen geplanter Abruptio	6	6	Nur Quartalsprofil
01901	Untersuchung vor Abruptio	7	7	Nur Quartalsprofil
01902	Feststellung des Schwangerschaftsalters	5	5	Nur Quartalsprofil
01903*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Nur Quartalsprofil
01904*	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	29	23	Tages- und Quartalsprofil
01905*	Abruptio, medizinische Indikation	32	25	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01906*	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	27	21	Tages- und Quartalsprofil
01910*	Dauer mehr als 2 Stunden	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01911*	Dauer mehr als 4 Stunden	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01912	Kontrolluntersuchung nach Abruptio	9	6	Nur Quartalsprofil
01913*	Narkose bei Abruptio	68	62	Nur Quartalsprofil
01915*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01920*	Beratung vor Präexpositionsprophylaxe	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01921*	Einleitung der Präexpositionsprophylaxe	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01922*	Kontrolle im Rahmen der Präexpositionsprophylaxe	10	8	Nur Quartalsprofil
01930	Kreatinin im Serum/Plasma und eGFR Berechnung im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01931*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01932*	HBs-Antigen und HBc-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01933*	HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01934*	HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01935*	Treponemenantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01936*	Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	4	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage	KA	./.	Keine Eignung
01952	Zuschlag Therapiegespräch	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01955	Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01956	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	KA	./.	Keine Eignung
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	KA	./.	Keine Eignung
02100	Infusion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02102*	Intravasale Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02110*	Erst-Transfusion	4	4	Tages- und Quartalsprofil
02111*	Folge-Transfusion	3	3	Tages- und Quartalsprofil
02112*	Eigenblut-Retransfusion	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02120*	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
02200	Tuberkulintestung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/ oder primäre Wundversorgung und/ oder Epilation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/ oder primäre Wundversorgung mittels Naht	5	5	Tages- und Quartalsprofil
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	8	Tages- und Quartalsprofil
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	9	7	Nur Quartalsprofil
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	6	4	Tages- und Quartalsprofil
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris	3	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02314*	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
02320*	Magenverweilsonde	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02325*	Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht/am Hals bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02326*	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand/den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02327*	Zuschlag zur GOP 02325	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02328*	Zuschlag zur GOP 02326	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02330*	Blutentnahme durch Arterienpunktion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02331*	Intraarterielle Injektion	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02340	Punktion I	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02341	Punktion II	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02342*	Lumbalpunktion	9	7	Tages- und Quartalsprofil
02343*	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	10	8	Nur Quartalsprofil
02350	Fixierender Verband	5	4	Nur Quartalsprofil
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	KA	3	Nur Quartalsprofil
02400*	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02401*	H2-Atemtest	3	1	Tages- und Quartalsprofil
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	KA	./.	Keine Eignung
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	KA	./.	Keine Eignung
02510	Wärmetherapie	KA	./.	Keine Eignung
02511	Elektrotherapie	KA	./.	Keine Eignung
02512	Gezielte Elektrostimulation	KA	./.	Keine Eignung
02520*	Phototherapie eines Neugeborenen	KA	./.	Keine Eignung
03000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
03008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
03010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung			
03020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
03040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
03060	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	KA	./.	Keine Eignung
03061	Zuschlag zur GOP 03060	KA	./.	Keine Eignung
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	KA	./.	Keine Eignung
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	KA	./.	Keine Eignung
03064	Zuschlag zur GOP 03062	KA	./.	Keine Eignung
03065	Zuschlag zur GOP 03063	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
03222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	KA	./.	Keine Eignung
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
03241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
03321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
03322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
03324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
03326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
03330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03352	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
03355	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	5	4	Nur Quartalsprofil
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	11	9	Nur Quartalsprofil
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
04008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
04010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
04020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V			
04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
04222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	KA	./.	Keine Eignung
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
04326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
04330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
04350	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	23	18	Nur Quartalsprofil
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
04354	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
04356	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04410*	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
04411*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
04413*	Funktionsanalyse Defibrillator/ Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
04414*	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04415*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
04416*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
04417*	Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415	KA	./.	Keine Eignung
04419*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04420*	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04421*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
04430*	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04431*	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04433*	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	25	17	Nur Quartalsprofil
04434*	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
04435*	Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung	39	30	Tages- und Quartalsprofil
04436*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04437*	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
04439*	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
04441*	Zusatzpauschale Behandlung einer Systemerkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
04442*	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxisitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung	13	12	Nur Quartalsprofil
04443*	Zusatzpauschale intensivierete Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	13	12	Nur Quartalsprofil
04511*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
04512*	Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	10	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04513*	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	30	26	Tages- und Quartalsprofil
04514*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
04515*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514	10	6	Tages- und Quartalsprofil
04516*	Zusatzpauschale Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
04518*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie	24	18	Tages- und Quartalsprofil
04520*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04523*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04527*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04528*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
04529*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
04530*	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	4	3	Nur Quartalsprofil
04532*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	6	3	Tages- und Quartalsprofil
04534*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04535*	Schweißtest	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04536*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04537*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04538*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04550*	Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
04551*	Zusatzpauschale spezielle kinderrheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
04560*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
04561*	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04562*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
04563*	Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
04564*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04565*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
04566*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
04572*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04573*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04580*	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	10	9	Nur Quartalsprofil
04590	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
05210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	7	6	Nur Quartalsprofil
05215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
05222	Zuschlag zur GOP 05220	KA	./.	Keine Eignung
05227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	KA	./.	Keine Eignung
05228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
05230*	Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	KA	./.	Keine Eignung
05310*	Präanästhesiologische Untersuchung	8	7	Nur Quartalsprofil
05315	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	KA	./.	Keine Eignung
05320*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	7	6	Tages- und Quartalsprofil
05330*	Anästhesie oder Kurznarkose	36	32	Tages- und Quartalsprofil
05331*	Zuschlag weitere 15 Minuten	17	15	Tages- und Quartalsprofil
05340*	Überwachung der Vitalfunktionen	10	15	Tages- und Quartalsprofil
05341*	Analgesie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
05350*	Beobachtung und Betreuung	4	4	Tages- und Quartalsprofil
05360*	Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416	16	12	Tages- und Quartalsprofil
05361*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 05360	8	4	Tages- und Quartalsprofil
05370*	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten	36	25	Tages- und Quartalsprofil
05371*	Zuschlag zu der Nr. 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose	15	10	Tages- und Quartalsprofil
05372*	Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen	12	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	oder diagnostischen Eingriff nach der Nr. 05370			
06210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
06211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
06215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
06222	Zuschlag zur GOP 06220	KA	./.	Keine Eignung
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	8	7	Nur Quartalsprofil
06227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	KA	./.	Keine Eignung
06228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
06310	Fortlaufende Tonometrie	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06312*	Elektrophysiologische Untersuchung	12	10	Nur Quartalsprofil
06320	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr ^o	6	4	Nur Quartalsprofil
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr ^o	6	4	Nur Quartalsprofil
06330	Perimetrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
06331*	Fluoreszenzangiographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
06332*	PDT	KA	32	Nur Quartalsprofil
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	3	3	Tages- und Quartalsprofil
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06336	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06337	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06338	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06339	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06340	Anpassung einer Verbandlinse	6	6	Nur Quartalsprofil
06341	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n)	31	31	Nur Quartalsprofil
06342	Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) Kontaktlinsen	6	6	Nur Quartalsprofil
06343	Bestimmung von Sehhilfen	11	11	Nur Quartalsprofil
06350	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge	4	4	Tages- und Quartalsprofil
06351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	5	5	Tages- und Quartalsprofil
06352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	11	11	Tages- und Quartalsprofil
06362*	Hornhauttomographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
07210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
07211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
07215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
07222	Zuschlag zur GOP 07220	KA	./.	Keine Eignung
07227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	KA	./.	Keine Eignung
07228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
07310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz-	15	14	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern			
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
07320	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	10	9	Nur Quartalsprofil
07330	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
07340	Behandlung sekundär heilender Wunde(n)	12	11	Nur Quartalsprofil
07345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
08211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
08222	Zuschlag zur GOP 08220	KA	./.	Keine Eignung
08227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	KA	./.	Keine Eignung
08228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
08230*	Zuschlag Reproduktionsmedizin	16	13	Nur Quartalsprofil
08231*	Zusatzpauschale Geburtshilfe	8	6	Nur Quartalsprofil
08310*	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz	43	32	Nur Quartalsprofil
08311*	Urethro(-zysto)skopie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
08312*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08313*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
08315	Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
08320*	Mammastanzbiopsie	17	13	Tages- und Quartalsprofil
08330	Ring, Pessar Applikation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08331	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08332	Vaginoskopie	5	3	Tages- und Quartalsprofil
08333*	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08334*	Zuschlag für die Polypentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
08340	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	3	3	Tages- und Quartalsprofil
08341*	Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	7	6	Nur Quartalsprofil
08345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08347*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
08410*	Verweilen im Gebärraum	30	30	Tages- und Quartalsprofil
08411*	Geburt	53	47	Tages- und Quartalsprofil
08412*	Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08413*	Äußere Wendung	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08414*	Innere oder kombinierte Wendung	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08415*	Zuschlag Schnittentbindung	37	28	Tages- und Quartalsprofil
08416*	Entfernung der Nachgeburt	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08510*	Erstellung eines Behandlungsplans	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08520*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	12	Nur Quartalsprofil
08521*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	16	Nur Quartalsprofil
08530*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus	KA	24	Nur Quartalsprofil
08531*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	KA	24	Nur Quartalsprofil
08535*	Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08536*	Endometriumsvorbereitung	KA	8	Nur Quartalsprofil
08537*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	KA	25	Nur Quartalsprofil
08538*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08539*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08540*	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	KA	./.	Keine Eignung
08550*	Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryonentransfer (ET)	KA	40	Nur Quartalsprofil
08555*	Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)	KA	60	Nur Quartalsprofil
08558*	Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	KA	22	Nur Quartalsprofil
08575*	Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5	KA	32	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko			
08576*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	KA	24	Nur Quartalsprofil
08619	Beratung Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08621*	Reproduktionsmedizinische Beratung zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Hodengewebe gemäß Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08622*	Reproduktionsmedizinische Beratung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08623*	Andrologische Beratung gemäß Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08635*	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen (Kryo-RL)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08637*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme (Kryo-RL)	KA	25	Nur Quartalsprofil
08638*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08637 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08639*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08640*	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08641*	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08642*	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08643*	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08644*	Aufbereiten und Einfrieren von der/den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung
08645*	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Hodengewebe	KA	./.	Keine Eignung
08646*	Auftauen und Aufbereiten von der/den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung
08647*	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder männlichem Keimzellgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08648*	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08649*	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20	17	Nur Quartalsprofil
09211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
09215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
09222	Zuschlag zur GOP 09220	KA	./.	Keine Eignung
09227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	KA	./.	Keine Eignung
09228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
09310*	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
09311	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09312*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
09313*	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	20	15	Tages- und Quartalsprofil
09314*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
09315*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09316*	Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	8	7	Tages- und Quartalsprofil
09317*	Ösophagoskopie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
09318*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
09320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
09324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
09325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
09326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	20	20	Tages- und Quartalsprofil
09330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
09331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Nur Quartalsprofil
09333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
09335	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
09336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
09350	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
09360	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	4	4	Tages- und Quartalsprofil
09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	5	5	Tages- und Quartalsprofil
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	8	8	Tages- und Quartalsprofil
09364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	10	Nur Quartalsprofil
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
10210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
10215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
10222	Zuschlag zur GOP 10220	KA	./.	Keine Eignung
10227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	KA	./.	Keine Eignung
10228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
10310	Bestimmung der Erythemschwelle	2	2	Tages- und Quartalsprofil
10320*	Behandlung von Naevi flammei	KA	1	Nur Quartalsprofil
10322*	Behandlung von Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10324*	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10330	Komplex Wundbehandlung	12	11	Nur Quartalsprofil
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	3	3	Tages- und Quartalsprofil
10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	10	Tages- und Quartalsprofil
10343	(Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten	6	5	Tages- und Quartalsprofil
10344	(Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand	10	9	Tages- und Quartalsprofil
10345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
10350*	Balneophototherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
11210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	34	Nur Quartalsprofil
11211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	KA	38	Nur Quartalsprofil
11212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	35	Nur Quartalsprofil
11215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
11228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
11230*	Humangenetische Beurteilung	KA	7	Nur Quartalsprofil
11233*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	KA	32	Nur Quartalsprofil
11234*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	KA	32	Nur Quartalsprofil
11235*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	KA	41	Nur Quartalsprofil
11236*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	46	Nur Quartalsprofil
11301*	Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	KA	6	Nur Quartalsprofil
11302*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	KA	14	Nur Quartalsprofil
11303*	Erneute Beurteilung und Befundung von vor mindestens 4 Jahren erhobenen Rohdaten genetischer Analysen	KA	18	Nur Quartalsprofil
11601*	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1 und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	KA	17	Nur Quartalsprofil
12210*	Konsiliarpauschale	6	4	Nur Quartalsprofil
12215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
12220*	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	KA	./.	Keine Eignung
12225*	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	KA	./.	Keine Eignung
12230*	Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	KA	./.	Keine Eignung
13210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	8	Nur Quartalsprofil
13211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13222	Zuschlag zur GOP 13220	KA	./.	Keine Eignung
13227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	KA	./.	Keine Eignung
13228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13250*	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	7	7	Nur Quartalsprofil
13251*	Belastungs-EKG	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13252*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Nur Quartalsprofil
13253*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Nur Quartalsprofil
13254*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13255*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13256*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13257*	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
13258*	Allergologische Basisdiagnostik	3	3	Nur Quartalsprofil
13260*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypenentfernung(en)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13291	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13294	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13295	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13296	Zuschlag zur GOP 13294	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13297	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292	KA	./.	Keine Eignung
13298	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13300*	Zusatzpauschale Angiologie	29	26	Nur Quartalsprofil
13301*	Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13310*	Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	4	4	Tages- und Quartalsprofil
13311*	Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13340	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13341	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13345	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13346	Zuschlag zur GOP 13344	KA	./.	Keine Eignung
13347	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342	KA	./.	Keine Eignung
13348	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13350*	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion	10	9	Nur Quartalsprofil
13360	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
13390	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
13391	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13395	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13396	Zuschlag zur GOP 13394	KA	./.	Keine Eignung
13397	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	KA	./.	Keine Eignung
13398	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13400*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
13401*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400	10	6	Tages- und Quartalsprofil
13402*	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Nr. 13400	9	7	Tages- und Quartalsprofil
13410*	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	10	9	Tages- und Quartalsprofil
13411*	Einsetzen einer Ösophagusprothese	32	29	Tages- und Quartalsprofil
13412*	Perkutane Gastrostomie	30	26	Tages- und Quartalsprofil
13421*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
13422*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	23	18	Tages- und Quartalsprofil
13423*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13424*	Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13425*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
13426*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
13430*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	30	27	Tages- und Quartalsprofil
13431*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	50	44	Tages- und Quartalsprofil
13435*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13437*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13439*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13490	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13491	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	25	20	Nur Quartalsprofil
13494	Zuschlag für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13495	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13496	Zuschlag zur GOP 13494	KA	./.	Keine Eignung
13497	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492	KA	./.	Keine Eignung
13498	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13500*	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
13501*	Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation	13	12	Nur Quartalsprofil
13502*	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie	13	12	Nur Quartalsprofil
13505*	Aderlass	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13507*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13540	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
13541	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13543	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13544	Zuschlag zur GOP 13543	KA	./.	Keine Eignung
13545*	Zusatzpauschale Kardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
13546	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13547	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	KA	./.	Keine Eignung
13548	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13551*	Elektrostimulation des Herzens	22	20	Tages- und Quartalsprofil
13552*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
13560*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13561*	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13571*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
13573*	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
13574*	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
13575*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
13576*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
13577*	Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	KA	./.	Keine Eignung
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
13583*	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	6	4	Nur Quartalsprofil
13584*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	28	22	Nur Quartalsprofil
13585*	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	10	8	Nur Quartalsprofil
13586*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	31	25	Nur Quartalsprofil
13587*	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13590	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13591	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
13594	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13595	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13596	Zuschlag zu der GOP 13594	KA	./.	Keine Eignung
13597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592	KA	./.	Keine Eignung
13598	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13600*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
13601*	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13602*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
13610*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	17	14	Tages- und Quartalsprofil
13611*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
13612*	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
13620*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13621*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13622*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13641	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13644	Zuschlag für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13645	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13646	Zuschlag zur GOP 13644	KA	./.	Keine Eignung
13647	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	KA	./.	Keine Eignung
13648	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13650*	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	4	3	Nur Quartalsprofil
13651*	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	6	3	Tages- und Quartalsprofil
13652*	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650	KA	./.	Keine Eignung
13660*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13661*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13662*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
13663*	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	8	7	Tages- und Quartalsprofil
13664*	Zuschlag Laservaporisation	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13670*	Thorakoskopie	50	38	Tages- und Quartalsprofil
13675*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13677*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13678*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13691	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	19	16	Nur Quartalsprofil
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13695	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	KA	./.	Keine Eignung
13697	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692	KA	./.	Keine Eignung
13698	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13700*	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
13701*	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
14215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
14216	Zuschlag zur GOP 14214	KA	./.	Keine Eignung
14217	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	KA	./.	Keine Eignung
14218	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
14221	Gruppenbehandlung	10	6	Tages- und Quartalsprofil
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
14240	Psychiatrische Betreuung	10	10	Nur Quartalsprofil
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	2	2	Tages- und Quartalsprofil
14311	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
14312	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
14313	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
14314	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
14320	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
14321	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
14330	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
14331*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
15210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
15211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	6	Nur Quartalsprofil
15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
15215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
15228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
15310*	Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke	3	3	Nur Quartalsprofil
15311*	Situationsmodell Kiefer	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15321*	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15322*	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	7	6	Tages- und Quartalsprofil
15323*	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	12	10	Tages- und Quartalsprofil
15324*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	4	4	Nur Quartalsprofil
15345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16214	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
16217	Zuschlag zur GOP 16215	KA	./.	Keine Eignung
16218	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	KA	./.	Keine Eignung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
16225	Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe	14	11	Tages- und Quartalsprofil
16228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
16231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	11	Nur Quartalsprofil
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
16310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
16311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16371*	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	40	35	Nur Quartalsprofil
17210*	Konsiliarpauschale	7	5	Nur Quartalsprofil
17214*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	12	12	Tages- und Quartalsprofil
17215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
17228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
17310*	Teilkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17311*	Ganzkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17320*	Schilddrüsen-Szintigraphie	14	11	Nur Quartalsprofil
17321*	Radiojod-Zweiphasentest	20	17	Nur Quartalsprofil
17330*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	24	16	Tages- und Quartalsprofil
17331*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	15	9	Tages- und Quartalsprofil
17332*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	28	19	Tages- und Quartalsprofil
17333*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	16	10	Tages- und Quartalsprofil
17340*	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	18	11	Tages- und Quartalsprofil
17341*	Zuschlag bei Intervention	13	7	Tages- und Quartalsprofil
17350*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17351*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17360*	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
17361*	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	6	5	Tages- und Quartalsprofil
17362*	Zuschlag SPECT, Einkopf	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
17363*	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	KA	./.	Keine Eignung
17370*	Zusatzpauschale Radiojodtherapie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
17371*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	13	10	Tages- und Quartalsprofil
17372*	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	41	32	Tages- und Quartalsprofil
17373*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken	31	24	Tages- und Quartalsprofil
18210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	14	13	Nur Quartalsprofil
18211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	15	14	Nur Quartalsprofil
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	16	Nur Quartalsprofil
18215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
18222	Zuschlag zur GOP 18220	KA	./.	Keine Eignung
18227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	KA	./.	Keine Eignung
18228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
18310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
18320*	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	12	11	Nur Quartalsprofil
18330	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	10	9	Nur Quartalsprofil
18340	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalulcera	12	11	Nur Quartalsprofil
18700*	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Seronegativer Spondylarthritis, Kollagenose, Myositis	19	17	Nur Quartalsprofil
19210*	Konsiliarpauschale	KA	5	Nur Quartalsprofil
19215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
19310*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19312*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	KA	1	Nur Quartalsprofil
19313*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19314*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
19315*	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19317*	Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
19319	Zytologische Untersuchung von Urin	KA	1	Nur Quartalsprofil
19320*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19321*	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19322*	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19327*	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	KA	3	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
19328*	DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen sowie ggf. Genotypisierung	KA	1	Nur Quartalsprofil
19330*	Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19332*	Identifizierung von Zell- oder Gewebsstrukturen an morphologischem Untersuchungsgut	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19401*	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	KA	6	Nur Quartalsprofil
19402*	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	KA	14	Nur Quartalsprofil
19503*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19504*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19505*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19506*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
20210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
20211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
20220	Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
20222	Zuschlag zur GOP 20220	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	KA	./.	Keine Eignung
20228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
20310	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20311*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
20312*	Direkte Laryngoskopie beim Kind	20	15	Tages- und Quartalsprofil
20313*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
20314*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
20320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
20324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
20325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
20326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Tages- und Quartalsprofil
20333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
20334	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
20338	Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	55	44	Tages- und Quartalsprofil
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	37	30	Tages- und Quartalsprofil
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	24	19	Tages- und Quartalsprofil
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
20350*	Pneumographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
20351*	Elektroglottographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20352*	Schallspektrographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20353*	Palatographie	8	7	Tages- und Quartalsprofil
20360*	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20361*	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20370*	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20371*	Eingangsdagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	40	35	Nur Quartalsprofil
20372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung	KA	10	Nur Quartalsprofil
20374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 bei Abstimmung mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination mit pädagogischen Einrichtungen	10	8	Tages- und Quartalsprofil
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
21211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21213	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21214	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
21216	Zuschlag Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
21217	Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21219	Zuschlag zur GOP 21218	KA	./.	Keine Eignung
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	7	Tages- und Quartalsprofil
21222	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
21226	Zuschlag zur GOP 21225	KA	./.	Keine Eignung
21227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	KA	./.	Keine Eignung
21228	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	KA	./.	Keine Eignung
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
21231	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
21232	Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	14	14	Nur Quartalsprofil
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
21236	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21237	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
21311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
21330*	Konvulsionsbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
22210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
22211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
22212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
22213	Zuschlag Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
22215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
22218	Zuschlag zur GOP 22216	KA	./.	Keine Eignung
22219	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	KA	./.	Keine Eignung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	8	Tages- und Quartalsprofil
22228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
22230	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
23210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
23211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
23212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
23214	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	KA	16	Nur Quartalsprofil
23215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
23218	Zuschlag zur GOP 23216	KA	./.	Keine Eignung
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
23228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
23229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
24210*	Konsiliarpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
24211*	Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
24212*	Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
24215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
24228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25	20	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	81	65	Nur Quartalsprofil
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	120	96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	20	16	Nur Quartalsprofil
25215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
25228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei gutartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei bösartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25230	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA	./.	Keine Eignung
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
25322*	Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25323*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktischer Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	18	14	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	89	71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25335*	Interstitielle LDR-Brachytherapie	160	128	Tages- und Quartalsprofil
25336*	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur LDR-Brachytherapie	22	18	Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA	49	Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
25345*	Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
25348*	Bestrahlungsplanung IV	KA	./.	Keine Eignung
26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
26215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
26222	Zuschlag zur GOP 26220	KA	./.	Keine Eignung
26227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	KA	./.	Keine Eignung
26228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	16	13	Tages- und Quartalsprofil
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	7	5	Tages- und Quartalsprofil
26312*	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	3	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
26313*	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	15	12	Nur Quartalsprofil
26315*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
26316*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
26317*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
26320*	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26321*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26322*	Einlegen einer Ureterverweilschiene	7	7	Tages- und Quartalsprofil
26323*	Wechsel einer Ureterverweilschiene	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26324*	Entfernung einer Ureterverweilschiene	2	2	Tages- und Quartalsprofil
26325*	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	8	7	Tages- und Quartalsprofil
26330*	Zusatzpauschale ESWL	47	35	Tages- und Quartalsprofil
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	3	3	Tages- und Quartalsprofil
26341*	Prostatabiopsie	11	9	Tages- und Quartalsprofil
26350	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26351	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26352	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	9	9	Tages- und Quartalsprofil
27210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
27211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
27212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
27215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
27222	Zuschlag zur GOP 27220	KA	./.	Keine Eignung
27227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	KA	./.	Keine Eignung
27228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
27310*	Ganzkörperstatus	8	7	Nur Quartalsprofil
27311*	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
27321*	Belastungs-EKG	7	6	Nur Quartalsprofil
27322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
27323*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
27324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27331*	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
27332*	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	30	30	Nur Quartalsprofil
27333*	Zuschlag für weitere Untersuchung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30100	Spezifische allergologische Anamnese	5	5	Nur Quartalsprofil
30110	Allergologiediagnostik I	3	2	Nur Quartalsprofil
30111	Allergologiediagnostik II	3	3	Nur Quartalsprofil
30120*	Rhinomanometrischer Provokationstest	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30121*	Subkutaner Provokationstest	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30122*	Bronchialer Provokationstest	10	8	Tages- und Quartalsprofil
30123*	Oraler Provokationstest	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30133	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30134	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
30200	Manualmedizinischer Eingriff	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30201	Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	15	12	Nur Quartalsprofil
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	6	4	Tages- und Quartalsprofil
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit	20	14	Tages- und Quartalsprofil
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	17	14	Tages- und Quartalsprofil
30300*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) ^{°°}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30301*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) ^{°°}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30310*	Indikationsstellung zu TTF	10	8	Nur Quartalsprofil
30311*	Zusatzpauschale TTF	17	14	Nur Quartalsprofil
30312*	Ausrichtung von TTF	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30320*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30321*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30322*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30323*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30326*	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30400*	Massagetherapie ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30401*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie ^{oo}	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30402*	Unterwassermassage ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30410*	Atemgymnastik (Einzelbehandlung) ^{oo}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30411*	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30420*	Krankengymnastik (Einzelbehandlung) ^{oo}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30430	Selektive Phototherapie	1	1	Nur Quartalsprofil
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30440*	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	11	8	Tages- und Quartalsprofil
30500*	Phlebologischer Basiskomplex	10	8	Nur Quartalsprofil
30501*	Verödung von Varizen	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30600*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
30601*	Zuschlag für die Polypentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30610*	Hämorrhoiden-Sklerosierung	5	3	Tages- und Quartalsprofil
30611*	Hämorrhoiden-Ligatur	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30700*	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	22	18	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30701	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	KA	./.	Keine Eignung
30702*	Zusatzpauschale Schmerztherapie	28	22	Nur Quartalsprofil
30703	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
30704*	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	17	13	Nur Quartalsprofil
30705	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
30706*	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	5	./.	Keine Eignung
30708*	Beratung und Erörterung und/ oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30710*	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30712*	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30720*	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30721*	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30722*	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30723*	Ganglionäre Opioid-Applikation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30724*	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30730*	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30731*	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30740*	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes	KA	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	(z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System)			
30750*	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30751*	Langzeitanalgospasmyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30760*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
30780	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
30781	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
30790*	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	40	29	Nur Quartalsprofil
30791*	Durchführung einer Körperakupunktur	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30800*	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
30810	Erstverordnung Soziotherapie	KA	2	Nur Quartalsprofil
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30900*	Kardiorespiratorische Polygraphie	22	17	Tages- und Quartalsprofil
30901*	Kardiorespiratorische Polysomnographie	46	40	Tages- und Quartalsprofil
30902*	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	5	4	Nur Quartalsprofil
30905*	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	5	4	Nur Quartalsprofil
30920*	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30922*	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30924*	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30930	Testverfahren, neuropsychologische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30931	Probatorische Sitzung ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30932*	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30933*	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	KA	19	Tages- und Quartalsprofil
30934*	Erstellung eines Therapieplans	20	16	Tages- und Quartalsprofil
30935*	Bericht bei Therapieverlängerung	8	2	Tages- und Quartalsprofil
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	3	2	Nur Quartalsprofil
30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	8	Nur Quartalsprofil
30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	2	2	Nur Quartalsprofil
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	7	5	Nur Quartalsprofil
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30954*	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	KA	./.	Keine Eignung
30956*	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954	KA	./.	Keine Eignung
30980	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13	15	12	Nur Quartalsprofil
30981*	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit Arzt gemäß	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13			
30984*	Weiterführendes geriatrisches Assessment	58	46	Nur Quartalsprofil
30985*	Zuschlag zur GOP 30984	20	16	Nur Quartalsprofil
30986*	Zuschlag zur GOP 30985	10	8	Nur Quartalsprofil
30988	Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230, 21231 für die Einleitung und Koordination von Therapiemaßnahmen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments	5	4	Nur Quartalsprofil
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	25	19	Nur Quartalsprofil
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	25	21	Nur Quartalsprofil
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	27	22	Nur Quartalsprofil
31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	28	23	Nur Quartalsprofil
31096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	83	Tages- und Quartalsprofil
31097*	Eingriff der Kategorie AA7	KA	120	Tages- und Quartalsprofil
31098*	Zuschlag zu den GOP 31096 und 31097	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
31101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	23	20	Tages- und Quartalsprofil
31102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	37	30	Tages- und Quartalsprofil
31103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	50	37	Tages- und Quartalsprofil
31104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	119	72	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31121*	Eingriff der Kategorie C1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31122*	Eingriff der Kategorie C2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31123*	Eingriff der Kategorie C3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31124*	Eingriff der Kategorie C4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31125*	Eingriff der Kategorie C5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31126*	Eingriff der Kategorie C6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31127*	Eingriff der Kategorie C7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	36	29	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	138	112	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31181*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1	22	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31182*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31183*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31184*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31185*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31186*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31187*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31188*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31187	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	119	72	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31207	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31211*	Eingriff der Kategorie L1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31212*	Eingriff der Kategorie L2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31213*	Eingriff der Kategorie L3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31214*	Eingriff der Kategorie L4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31215*	Eingriff der Kategorie L5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31216*	Eingriff der Kategorie L6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31217*	Eingriff der Kategorie L7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	49	37	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	93	61	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	36	29	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	119	72	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
31351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
31362*	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	38	31	Tages- und Quartalsprofil
31364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
31401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
31451*	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
31452*	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
31453*	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung
31454*	Zuschlag IV	KA	./.	Keine Eignung
31455*	Zuschlag V	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31456*	Zuschlag VI	KA	./.	Keine Eignung
31457*	Zuschlag VII	KA	./.	Keine Eignung
31501*	Postoperative Überwachung 1	5	5	Tages- und Quartalsprofil
31502*	Postoperative Überwachung 2	5	5	Tages- und Quartalsprofil
31503*	Postoperative Überwachung 3	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31504*	Postoperative Überwachung 4	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31505*	Postoperative Überwachung 5	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31506*	Postoperative Überwachung 6	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31507*	Postoperative Überwachung 7	25	25	Tages- und Quartalsprofil
31530*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung	1	1	Tages- und Quartalsprofil
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	10	9	Nur Quartalsprofil
31601	Postoperative Behandlung I/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31602*	Postoperative Behandlung I/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31608	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31609*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31610	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31611*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31612	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31613*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31614	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31615*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31616	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a	15	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31617*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31618	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31619*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31620	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31621*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31622	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31623*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31624	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31625*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31626	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31627*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31628	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31629*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31630	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31631*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31632	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31633*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31634	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31635*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31636	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31637*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31643	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1a	10	10	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31644*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31645	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31646*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31647	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31648*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31649	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31650*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31656	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31657*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31658	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a	20	20	Nur Quartalsprofil
31659*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b	16	16	Nur Quartalsprofil
31660	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31661*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b	20	20	Nur Quartalsprofil
31662	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4a	30	30	Nur Quartalsprofil
31663*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4b	26	26	Nur Quartalsprofil
31669	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31670*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31671	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31672*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31673	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31674*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31675	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31676*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31682	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31683*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31684	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31685*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31686	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31687*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31688	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31689*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31695	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31696*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31697	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a	18	18	Nur Quartalsprofil
31698*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b	13	13	Nur Quartalsprofil
31699	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31700*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3b	19	19	Nur Quartalsprofil
31701	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4a	28	28	Nur Quartalsprofil
31702*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31708	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31709*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31710	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31711*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31712	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3a	19	19	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31713*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31714	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31715*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31716	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1a	13	13	Nur Quartalsprofil
31717*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1b	8	8	Nur Quartalsprofil
31718	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	21	21	Nur Quartalsprofil
31719*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	17	17	Nur Quartalsprofil
31720	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3a	26	26	Nur Quartalsprofil
31721*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3b	21	21	Nur Quartalsprofil
31722	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4a	29	29	Nur Quartalsprofil
31723*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31724	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1a	7	7	Nur Quartalsprofil
31725*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1b	3	3	Nur Quartalsprofil
31726	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2a	7	7	Nur Quartalsprofil
31727*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2b	3	3	Nur Quartalsprofil
31728	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3a	10	10	Nur Quartalsprofil
31729*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3b	6	6	Nur Quartalsprofil
31730	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4a	13	13	Nur Quartalsprofil
31731*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4b	9	9	Nur Quartalsprofil
31734	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur	35	26	Nur Quartalsprofil
31735*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer	11	8	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur			
31737	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur	21	21	Nur Quartalsprofil
31738*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur	11	11	Nur Quartalsprofil
31800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31801*	Retrobulbäre und/oder parabolbulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
31802*	Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
31820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
31821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
31822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
31823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
31824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
31825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
31826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
31827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
31828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	17	15	Tages- und Quartalsprofil
31840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
31841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
31900	Praktische Schulung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31910	Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	KA	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31912	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31914	Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31920*	Kontraktionsmobilisierung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31930*	Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31932*	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31941	Abdrücke und Modelle I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31942	Abdrücke und Modelle II	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
31943	Abdrücke und Modelle III	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31944*	Abdrücke und Modelle IV	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31945*	Abdrücke und Modelle V	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31946*	Abdrücke und Modelle VI	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
33000	Sonographie des Auges	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	3	3	Tages- und Quartalsprofil
33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33011	Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33012	Schilddrüsen - Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33020*	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33021*	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33022*	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
33023*	Zuschlag TEE	10	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33030*	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	29	26	Tages- und Quartalsprofil
33031*	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33	29	Tages- und Quartalsprofil
33040	Sonographie der Thoraxorgane	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33041	Mamma - Sonographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33042	Abdominelle Sonographie	9	7	Tages- und Quartalsprofil
33043	Uro-Genital-Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33046	Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33051	Sonographie der Säuglingshöften	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33060*	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33061*	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33062*	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33063*	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33064*	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
33070*	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	16	14	Tages- und Quartalsprofil
33071*	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33072*	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	13	11	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33073*	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33074*	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	12	10	Tages- und Quartalsprofil
33075*	Zuschlag Farbduplex	KA	./.	Keine Eignung
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33080	Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	6	4	Tages- und Quartalsprofil
33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	8	6	Tages- und Quartalsprofil
33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33105*	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	14	11	Tages- und Quartalsprofil
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	5	3	Tages- und Quartalsprofil
34223*	Myelographie(n)	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34233	Aufnahmen der Extremitäten	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34235*	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34236*	Kontrastuntersuchung eines Gelenks (nicht Schulter, Ellbogen, Hüfte, Knie)	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34237	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34238	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	2	2	Tages- und Quartalsprofil
34242*	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34246*	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	6	5	Tages- und Quartalsprofil
34247*	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34248*	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms nach Sellink	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34250*	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34251*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34252*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	21	15	Tages- und Quartalsprofil
34255	Ausscheidungsurographie	7	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34256*	Urethrozystographie oder Refluxzystogramm	15	11	Tages- und Quartalsprofil
34257*	Retrograde Pyelographie	24	17	Tages- und Quartalsprofil
34260*	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	9	7	Tages- und Quartalsprofil
34270	Mammographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34271	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270	14	12	Tages- und Quartalsprofil
34272	Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	4	4	Tages- und Quartalsprofil
34273	Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34274*	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34280	Durchleuchtung(en)	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34282	Schichtaufnahmen	8	5	Tages- und Quartalsprofil
34283*	Serienangiographie	25	22	Tages- und Quartalsprofil
34284*	Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße	18	16	Tages- und Quartalsprofil
34285*	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	9	8	Tages- und Quartalsprofil
34286*	Zuschlag Intervention	40	36	Tages- und Quartalsprofil
34287*	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	46	40	Nur Quartalsprofil
34292*	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	58	51	Nur Quartalsprofil
34293*	Lymphographie	24	21	Tages- und Quartalsprofil
34294*	Phlebographie	13	11	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34295*	Zuschlag Computergestützte Analyse	1	0	Tages- und Quartalsprofil
34296*	Phlebographie des Brust- und/ oder Bauchraumes	22	20	Tages- und Quartalsprofil
34297*	Embolisations- und/ oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34298*	Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	10	8	Nur Quartalsprofil
34310*	CT-Untersuchung des Neurocraniums	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34311*	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34312*	Zuschlag Intrathekale Kontrastmittelgabe	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34320*	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	11	8	Tages- und Quartalsprofil
34321*	CT-Untersuchung der Schädelbasis	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34322*	CT-Untersuchung der Halsweichteile	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34330*	CT-Untersuchung des Thorax	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34340*	CT-Untersuchung des Oberbauches	13	8	Tages- und Quartalsprofil
34341*	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34342*	CT-Untersuchung des Beckens	13	9	Tages- und Quartalsprofil
34343*	Zuschlag Vollständige zweite Serie	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34344*	Zuschlag Dynamische Serien	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34345*	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	7	4	Tages- und Quartalsprofil
34350*	CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34351*	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34360*	CT- gestützte Bestrahlungsplanung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34410*	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	14	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34411*	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34420*	MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34421*	MRT-Untersuchung der Schädelbasis	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34422*	MRT-Untersuchung der Halsweichteile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34430*	MRT-Untersuchung des Thorax	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34431*	MRT-Untersuchung der Mamma	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
34440*	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34441*	MRT-Untersuchung des Abdomens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34442*	MRT-Untersuchung des Beckens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34450*	MRT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34451*	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34452*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34460*	Bestrahlungsplanung MRT	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34470*	MRT-Angiographie der Hirngefäße	KA	./.	Keine Eignung
34475*	MRT-Angiographie der Halsgefäße	KA	./.	Keine Eignung
34480*	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	KA	./.	Keine Eignung
34485*	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	KA	./.	Keine Eignung
34486*	MRT-Angiographie von Venen	KA	./.	Keine Eignung
34489*	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	KA	./.	Keine Eignung
34490*	MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien	KA	./.	Keine Eignung
34492*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	KA	./.	Keine Eignung
34500*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	KA	18	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34501*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	KA	24	Nur Quartalsprofil
34503*	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	22	20	Tages- und Quartalsprofil
34504*	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34505*	CT-gesteuerte Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34700*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	KA	29	Nur Quartalsprofil
34701*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	KA	57	Nur Quartalsprofil
34702*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	KA	22	Nur Quartalsprofil
34703*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	KA	46	Nur Quartalsprofil
34704*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	29	Nur Quartalsprofil
34705*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	57	Nur Quartalsprofil
34706*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	22	Nur Quartalsprofil
34707*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	46	Nur Quartalsprofil
34720*	PSMA-PET des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvivotidtraxetan	KA	29	Nur Quartalsprofil
34721*	PSMA-PET/CT des Körperstammes zur Indikationsstellung	KA	57	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan			
34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35111*	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	26	26	Tages- und Quartalsprofil
35112*	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
35113*	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	10	5	Tages- und Quartalsprofil
35120*	Hypnose	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35130*	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)	23	23	Tages- und Quartalsprofil
35131*	Bericht an den Gutachter (LZT)	46	46	Tages- und Quartalsprofil
35140	Biographische Anamnese ^{ooo}	55	70	Tages- und Quartalsprofil
35141*	Vertiefte Exploration ^{ooo}	20	21	Tages- und Quartalsprofil
35142*	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	6	4	Tages- und Quartalsprofil
35150	Probatorische Sitzung ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde ^{ooo}	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35152*	Psychotherapeutische Akutbehandlung ^{ooo}	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35163	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35164	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35165	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35166	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35167	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35168	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35169	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35178	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35179	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35401*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35402*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35405*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35411*	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35412*	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35415*	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35421*	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35422*	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35425*	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35431*	Systemische Therapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35432*	Systemische Therapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35435*	Systemische Therapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35503*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35504*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35505*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35506*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35507*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35508*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35509*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35513*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35514*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35515*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35516*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35517*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35518*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35519*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35523*	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35524*	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35525*	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35526*	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35527*	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35528*	Analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35529*	Analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35533*	Analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35534*	Analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35535*	Analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35536*	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35537*	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35538*	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35539*	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35543*	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35544*	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35545*	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35546*	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35547*	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35548*	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35549*	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35553*	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35554*	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35555*	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35556*	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35557*	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35558*	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35559*	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35571*	Zuschlag Einzeltherapie	KA	./.	Keine Eignung
35572	Zuschlag Gruppentherapie	KA	./.	Keine Eignung
35573	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35591*	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35593*	Zuschlag KZT, 3 TN	KA	./.	Keine Eignung
35594*	Zuschlag KZT, 4 TN	KA	./.	Keine Eignung
35595*	Zuschlag KZT, 5 TN	KA	./.	Keine Eignung
35596*	Zuschlag KZT, 6 TN	KA	./.	Keine Eignung
35597*	Zuschlag KZT, 7 TN	KA	./.	Keine Eignung
35598*	Zuschlag KZT, 8 TN	KA	./.	Keine Eignung
35599*	Zuschlag KZT, 9 TN	KA	./.	Keine Eignung
35600	Testverfahren, standardisierte	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35601	Testverfahren, psychometrische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35602	Verfahren, projektive	4	4	Tages- und Quartalsprofil
35703*	Systemische Therapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35704*	Systemische Therapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35705*	Systemische Therapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35706*	Systemische Therapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35707*	Systemische Therapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35708*	Systemische Therapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35709*	Systemische Therapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35713*	Systemische Therapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35714*	Systemische Therapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35715*	Systemische Therapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35716*	Systemische Therapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35717*	Systemische Therapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35718*	Systemische Therapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35719*	Systemische Therapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
36096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	79	Tages- und Quartalsprofil
36097*	Eingriff der Kategorie AA7	KA	116	Tages- und Quartalsprofil
36098*	Zuschlag zu den GOP 36096 und 36097	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
36101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	135	109	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36121*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36122*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36123*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36124*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36125*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36126*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36127*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	116	69	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36207	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36211*	Eingriff der Kategorie L1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36212*	Eingriff der Kategorie L2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36213*	Eingriff der Kategorie L3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36214*	Eingriff der Kategorie L4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36215*	Eingriff der Kategorie L5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36216*	Eingriff der Kategorie L6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36217*	Eingriff der Kategorie L7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36227	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	33	26	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36289*	Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36290*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen Nrn. 36321 bis 36327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	19	16	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach Nrn. 36331 bis 36337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1 (Phakoemulsifikation)	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
36351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 (Phakoemulsifikation)	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
36358*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	63	44	Tages- und Quartalsprofil
36371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
36372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	28	Tages- und Quartalsprofil
36401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
36501*	Postoperative Überwachung 1	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36502*	Postoperative Überwachung 2	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36503*	Postoperative Überwachung 3	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36504*	Postoperative Überwachung 4	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36505*	Postoperative Überwachung 5	2	2	Tages- und Quartalsprofil
36506*	Postoperative Überwachung 6	2	2	Tages- und Quartalsprofil
36507*	Postoperative Überwachung 7	3	3	Tages- und Quartalsprofil
36800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36801*	Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
36802*	Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
36820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
36821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
36822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
36823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
36824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
36825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
36826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
36827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
36828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	17	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36829*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie während eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
36841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
36861*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36867*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36881*	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie	KA	3	Nur Quartalsprofil
36882*	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter	KA	12	Nur Quartalsprofil
36883*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
36884*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
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	KA	./.	Keine Eignung
37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37105	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37113	Zuschlag zur GOP 01413	KA	./.	Keine Eignung
37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der GOP 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt	KA	./.	Keine Eignung
37305	Zuschlag zu den GOPen 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
37306	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	KA	./.	Keine Eignung
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	KA	./.	Keine Eignung
37318	Telefonische Beratung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
37320	Fallkonferenz	KA	./.	Keine Eignung
37400	Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
37500	Eingangssprechstunde	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37510	Differentialdiagnostische Abklärung	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37520*	Erstellung Gesamtbehandlungsplan	35	28	Nur Quartalsprofil
37525*	Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	35	28	Nur Quartalsprofil
37530*	Koordination der Versorgung	KA	./.	Keine Eignung
37535*	Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person	KA	./.	Keine Eignung
37550*	Fallbesprechung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37551*	Zuschlag zur GOP 37550	KA	./.	Keine Eignung
37570*	Zusatzpauschale Organisations- und Managementaufgaben/ Aufwände Netzverbund	KA	./.	Keine Eignung
37700*	Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37701*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Erhebung im	10	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Rahmen eines Besuchs nach der GOP 01410 oder 01413			
37704*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Schluckendoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
37705*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
37706*	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	KA	11	Nur Quartalsprofil
37710	Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C	13	10	Tages- und Quartalsprofil
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL	21	17	Nur Quartalsprofil
37714*	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt	KA	./.	Keine Eignung
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL	KA	./.	Keine Eignung
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38200	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung
38205	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung

4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

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

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32256	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Lezithin	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
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
32703	Antigennachweis Neisseria gonorrhoeae mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay	IV/2022
	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 Kryptophyrrol	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

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
	Bestimmung von NK-Zell-Modulatorreste (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
./.	Respiratorische Biofeedback-Behandlung	IV/2015

6 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.

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
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	
50.4	50400	Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.4	50401	Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Innere Medizin und Rheumatologie	
50.5	50510	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50511	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50512	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.6	50600	Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
50.6	50601	Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	Durchführung als Überwachungskoloskopie.
50.7	50700	Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie 	
51.1	51010	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Urologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	<ul style="list-style-type: none"> - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Viszeralchirurgie (Kernteam) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie 	
		Anlage 1.1 c)	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Viszeralchirurgie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Chronisch entzündliche Darmerkrankungen		
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie	
		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:	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) 	
		Anlage 1. 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemein Chirurgie 	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Viszeralchirurgie	
51.2	51020	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 (Kernteam)	
		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	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemein Chirurgie 	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie - Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin 	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie 	
		Anlage 2 c) Hämophilie	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie 	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologen - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Neurologie 	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie 	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie 	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie 	
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie 	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin 	
51.2	51021	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	<ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- 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	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam)	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemein Chirurgie 	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie 	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie - Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie 	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	<ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie 	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin 	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie 	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie 	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie 	
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin	
51.3	51030	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- 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 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		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 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- 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 - Tumorguppe 1:	- Strahlentherapie - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams)	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7 : Tumoren	- Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		des Gehirns und der peripheren Nerven		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- 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	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
51.5	51050	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Augenheilkunde	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Augenheilkunde	

8 Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503

Der Gesamthöchstwert in Spalte 4 entspricht dem Höchstwert in Stunden für die Summe der gemäß Spalte 3 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

GOP	Kurzlegende	Berechnungsfähige GOP	Gesamthöchstwert (in Stunden)
02341	Punktion II: Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit	01500 und 01502	4
04421	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4
13552	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4