



Informationen zum EBM 2017

Leistungen und Abrechnungshinweise
Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung, Urologie

Jahrgang 12

Stand: Juni 2017

Liebe Leserinnen und Leser,

die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft geht zwar in Deutschland bisweilen nur gemächlich voran. Der Bewertungsausschuss hat im April, also früher als im eHealth-Gesetz vorgesehen, einen Beschluss für die telemedizinische Betreuung in Form einer Videosprechstunde in Kraft gesetzt. Zu den relevanten Krankheitsbildern gehören u.a. sowohl Operations- sowie chronische Wunden. Die notwendige Technik, deren Anforderungen in Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag spezifiziert wurden, kann mit bis zu 800,- Euro pro Jahr und Praxis gefördert werden (neue GOP 01450). Für die Abrechnung der den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ersetzenden Konsultation, muss der Patient in den zwei vorhergegangenen Quartalen einmal wegen des betreffenden Krankheitsbildes in der Praxis begutachtet worden sein. Ansonsten ist sie Bestandteil der Grundpauschalen. Die Videosprechstunde kann auf bestimmte Ziffern mit Anzahl von Mindestkontakten (z. B. GOP 02310 Dekubitusbehandlung) angerechnet werden.

Die gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf ein funktionierendes Entlassmanagement. Nachdem die Partner der Selbstverwaltung zunächst keine Einigung erzielen konnten, und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gegen den „geschiedsten“ Rahmenvertrag Klage erhoben hatte, werden die Regelungen voraussichtlich im Herbst umgesetzt werden. Hierzu gehört u.a. ein Ordnungsrecht für Hilfs- und Verbandmittel durch die Krankenhäuser.

Der Orientierungspunktwert wurde für das Jahr 2017 auf 10,5300 Cent festgelegt, was einer Steigerung von 0,9 Prozent entspricht. Für die ansteigende Morbidität, müssen die Krankenkassen weitere 170 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Weitere 163 Millionen Euro sind für den Medikationsplan veranschlagt.

Coloplast möchte Ihnen mit dieser Broschüre ausgewählte Informationen zur Abrechnung in der haus- und fachärztlichen Praxis erläutern, und indikationsbezogene Aspekte des EBM liefern. Für spezielle Abrechnungsfragen oder weiterführende Informationen greifen Sie daher bitte auf die entsprechenden Unterlagen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden, zurück.

Aus Gründen der Vereinfachung, wird nachfolgend stets die männliche Form gewählt, wobei selbstverständlich alle Leserinnen angesprochen sind.

Wir wünschen eine interessante und informative Lektüre.

Coloplast GmbH

Stefan Weidenauer
Director Regulatory Affairs

Hauke Siemonsen
Project Manager Health Insurance Companies

Nutzen Sie die [Navigationsseite](#) und die Verlinkungen zu den Oberbegriffen.

1. ALLGEMEINES

1.1	KERNELEMENTE DES EBM 2016	6
1.1.1	DEFINITION	6
1.1.2	HAUSARZT-FACHARZT-TRENNUNG	6
1.1.3	LEISTUNGSKOMPLEXE / FALLPAUSCHALEN	7
1.2	GESETZESGRUNDLAGEN	7
1.3	HONORARSÄULEN	8
1.3.1	HONORARZUSAMMENSETZUNG	8
1.3.2	REGELLEISTUNGSVOLUMINA (RLV)	8
1.4	QUALITÄTSGEBUNDENE ZUSATZVOLUMINA (QZV)	9
1.5	BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFTEN	9
1.6	AUFBAU UND STRUKTUR DES EBM	9
1.6.1	WICHTIGES ZUR BEACHTUNG	10
1.6.2	ABRECHNUNGSAUSSCHLÜSSE	10
1.6.3	NUMMERNSYSTEMATIK	10

2. ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

2.1	DRINGENDER BESUCH EINES PATIENTEN	11
2.2	PRÜFUNG DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE	11
2.3	BERICHTSPFLICHT: FACHARZT AN HAUSARZT	12
2.4	BERECHNUNGSFÄHIGE GEBÜHREZZIFFERN	12
2.5	ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN BEI BERICHTSPFLICHT	13
2.6	KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE	13
2.7	SONDERREGELUNG BEI KINDERN	15
2.8	BEHANDLUNG SEKUNDÄR HEILENDER WUNDEN UND/ODER DECUBITALULCUS (-ULCERA)	15
2.9	BEHANDLUNG DIABETISCHER FUß	16
2.10	PHLEBOLOGISCHE LEISTUNGEN	16
2.11	LEGEN VON HARNBLASENKATHETERN	17

3. ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

3.1	ULTRASCHALLDIAGNOSTIK	18
3.2	SPEZIELLE VERSORGUNGSBEREICHE (KAPITEL 30)	18
3.3	ABRECHNUNG VON SCHMERZTHERAPIE	18
3.4	SPEZIELLE DIAGNOSTIK UND ERADIKATIONSTHERAPIE IM RAHMEN VON MRSA	21
3.4.1	LEISTUNGEN ERADIKATIONSTHERAPIE, DIAGNOSE UND SANIERUNG	21

4. HAUSARZT - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

4.1	AUFBAU UND VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER HAUSÄRZTE	26
4.2	HAUSÄRZTLICHE VERSICHERTENPAUSCHALEN	26
4.4	ZUSCHLAG ZU VERSICHERTENPAUSCHALEN BEI DER BEHANDLUNG VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN	27
4.5	LEISTUNGEN AUSSERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG	29
4.6	BESONDERS FÖRDERUNGSWÜRDIGE EINZELLEISTUNGEN UND LEISTUNGSKOMPLEXE	31
4.7	ARZTENTLASTENDE VERSORGUNGSANGEBOTE	31
4.7.1	BEISPIELE	31
4.7.2	VORHALTUNG UND ÄRZTLICH ANGEORDNETE HILFELEISTUNGEN BEI EINSATZ VON PRAXISASSISTENTEN	32

5. VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER FACHÄRZTE

5.1	AUFBAU DER VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER FACHÄRZTE	34
-----	---	----

6. ALLGEMEINCHIRURG - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

6.1	ALLGEMEINCHIRURG – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN	35
6.2	CHIRURGISCHE GRUNDPAUSCHALEN	35
6.4	ZUSATZPAUSCHALEN	36
6.5	BEHANDLUNG SEKUNDÄR HEILENDER WUNDEN	36
6.6	PHLEBOLOGISCHER BASISKOMPLEX	37
6.7	ULTRASCHALLDIAGNOSTIK	37

7. DERMATOLOGE - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

7.1	DERMATOLOGISCHE GRUNDPAUSCHALEN	38
7.2	DERMATOLOGISCHER WUNDBEHANDLUNGSKOMPLEX	39
7.3	KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE	39

8. UROLOGE - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN	
8.1 UROLOGISCHE GRUNDPAUSCHALEN	41
8.2 DIAGNOSTISCH – THERAPEUTISCHE LEISTUNGEN	42
8.3 KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE	47
8.4 HINWEIS ZUR VERORDNUNG DER INTERMITTIERENDEN TRANSURETHRALEN EINMALKATHETERISIERUNG	48
9. HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG	
9.1 ERKLÄRUNG UND VERTRAGSBEISPIELE	49
10. AMBULANTES OPERIEREN	
10.1 DEFINITION	50
10.2 AUSSCHLUSS	50
10.3 ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN	50
10.4 KODIERBEISPIELE	51
10.4.1 CHIRURGISCHE WUNDTOILETTE (WUNDDEBRIDEMENT)	51
10.4.2 PRIMÄRER WUNDVERSCHLUSS DER HAUT	52
10.4.3 URETHRO-ZYSTOZELE	52
10.4.4 PARTIELLE HARNBLASENRESEKTION	52
GLOSSAR	53
QUELLEN/WEITERFÜHRENDE LINKS	57

ALLGEMEINES

1.1 KERNELEMENTE DES EBM 2017

1.1.1 DEFINITION

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist ein Verzeichnis, nach dem vertragsärztliche ambulante Leistungen über die Krankenversichertenkarte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden. Als Honorarordnung bestimmt er den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punktzahlen ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Durch die unterschiedliche Gewichtung der originären ärztlichen Leistungen (AL) und dem bei der Leistungserbringung notwendigen technischen Anteil (TL), wird die im EBM ausgewiesene Punktzahl bestimmt. Der EBM wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf Bundesebene vereinbart.

Die so genannte Euro-Gebührenordnung enthält Pauschal- und Einzelvergütungen. Weiterhin können in den KV-Regionen gesonderte Vergütungen gelten, beispielsweise für besonders förderungswürdige Leistungen wie Schmerztherapie oder Strukturpauschalen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms.

Zur Ermittlung des Euro-Preises einer Gebührenordnungsposition, wird die Punktzahl mit dem verhandelten Orientierungspunktwert multipliziert. Ausgangswert ist der bundeseinheitliche Orientierungspunktwert. Dessen Höhe wird jedes Jahr zwischen der KBV und den Krankenkassen neu verhandelt. Das Honorar der Praxis ist jedoch in hohem Maße durch das zugewiesene Regelleistungsvolumen (RLV) begrenzt.

Der Orientierungspunktwert beträgt im **Jahr 2017 einheitlich 10,5300 Cent**. Für das Folgejahr ist der Orientierungspunktwert vom Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August neu festzulegen. Die KVen erhalten die Möglichkeit, mit den Krankenkassen für förderungswürdige Leistungen und in unterversorgten Planungsbereichen Zuschläge auf den Orientierungspunktwert zu vereinbaren.

Dies hat zur Folge, dass in einzelnen KV-Bereichen ausgehandelte Zuschläge für das ambulante Operieren oder die belegärztliche Tätigkeit zunächst unverändert fortbestehen.

1.1.2 HAUSARZT-FACHARZT-TRENNUNG

Der EBM trennt die Leistungen nach einer haus- und fachärztlichen Versorgung, da für Haus- und Fachärzte unterschiedliche Kriterien gelten. Innerhalb der hausärztlichen Versorgung setzt der EBM auf Versichertenpauschalen, innerhalb der fachärztlichen Vergütung vor allem auf Grund- und Zusatzpauschalen entsprechend der jeweiligen Facharztgruppe.

Darüber hinaus gelten für unterschiedliche Facharztgruppe eigene EBM-Kapitel: Leistungen, die in diesem Bereich aufgelistet sind (*arztgruppenspezifische Leistungen*), können nur von der jeweiligen Arztgruppe abgerechnet werden. Ziel dieser Begrenzung ist die Verbesserung der Versorgungsqualität. Neben den arztgruppenspezifischen Leistungen gibt es die sogenannten *arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen* (zum Beispiel ambulante Operationen, Labormedizin etc.). Diese dürfen nur von Ärzten mit besonderer fachlicher Qualifikation und einer entsprechenden technischen Ausstattung abgerechnet werden. Der EBM enthält weiterhin eine Vielzahl von allgemeinen therapeutischen und diagnostischen Leistungen (*arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen*), die von allen Vertragsärzten erbracht und abgerechnet werden können.

ALLGEMEINES

1.1.3 LEISTUNGSKOMPLEXE / FALLPAUSCHALEN

Die im EBM aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammen gefasst. Dabei werden viele Leistungen in obligate (= verpflichtende) und fakultative (= freigestellte) Leistungsinhalte unterschieden. Damit eine Leistung abgerechnet werden kann, müssen die obligaten Leistungsanteile erbracht werden. Besteht zwischen den obligaten Leistungsanteilen eine „und/oder“ - Verknüpfung, dann reicht die Durchführung einer der alternativen Leistung für die Abrechnung aus.

Die Erbringung einer fakultativen Leistung ist dem Arzt freigestellt – die Indikation des Einzelfalles entscheidet. Jedoch wird der Leistungskomplex nur dann vergütet, wenn der Arzt sowohl die definierten obligaten Leistungen, als auch die besonderen Erfordernisse der Leistungsbeschreibung und die Dokumentations- bzw. Berichtspflichten erfüllt. Diese Pflichten gelten auch für fakultative Leistungen.

Eine Leistung ist nicht berechnungsfähig, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines berechnungsfähigen Leistungskomplexes ist.

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen zur Erbringung aller - auch der fakultativen - Leistungsinhalte müssen beim abrechnenden Arzt vorliegen. Hintergrund dieser Regelung ist: Wenn nicht mehr jede Standardbehandlung einzeln abgerechnet werden kann, dann wird die Anzahl der abrechenbaren Leistungen begrenzt und die Vergütung kann sich an der Qualität der Behandlung orientieren.

1.2 GESETZESGRUNDLAGEN

§ 87 SGB V	Bundsmantelvertrag, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), bundeseinheitliche Orientierungswerte
§ 87a SGB V	Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten
§ 87b SGB V	Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung); arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
§ 87c SGB V	Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

ALLGEMEINES

1.3 HONORARSÄULEN

1.3.1 HONORARZUSAMMENSETZUNG

Honorarbestandteile	
Honorar aus RLV und QZV	zu den Preisen der Euro - Gebührenordnung
Honorar für RLV-/QZV-Leistungen, oberhalb der Mengengrenze	Vergütung zu abgesenkten Preisen (floatender Punktwert)
Honorar für Leistungen außerhalb des MGV, ohne Mengenbegrenzung	zusätzliches Honorar zum RLV und zu den Zusatzbudgets zu den Preisen der Euro – Gebührenordnung
Honorar aus Vorwegabzügen oder sonstige „freie Leistungen“	zu den Preisen der Euro – Gebührenordnung, allerdings nur für bestimmte Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung

1.3.2 REGELLEISTUNGSVOLUMINA (RLV)

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistung ist in Form eines altersgruppenbezogenen Fallwertes an der Morbidität der Bevölkerung ausgerichtet. Sie wird maßgeblich durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) vorgegeben. Vor allem Leistungen der Basisversorgung unterliegen dem RLV. Dieses beschreibt die Obergrenze, bis zu der ein Vertragsarzt Leistungen vollständig abrechnen kann. Werden darüber hinaus Leistungen abgerechnet, werden diese „abgestaffelt“ vergütet. Sofern ein Arzt bis zu 150 % der durchschnittlichen Fallzahl seiner Arztgruppe erbringt, erhält er 100 % des Fallwertes. Erbringt er jedoch über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl seiner Arztgruppe, erfolgt die Minderung des Fallwertes wie folgt:

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 %
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 %
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Beispiel (unter Vernachlässigung des Altersfaktors):

Der Fallwert einer Arztgruppe beträgt 40,00 €. Durchschnittlich 1000 Fälle/Quartal werden innerhalb dieser Arztgruppe erbracht. Ein Arzt hat im 1. Quartal 2017 insgesamt 2100 Fälle erbracht.

Verteilung	Fälle im Vgl. zur Fachgruppe	Fälle	Fallwert	RLV
100 %	bis 150 %	1500	40,00 €	60.000,00 €
- 25 %	> 150 % bis 170 %	200	30,00 €	6.000,00 €
- 50 %	> 170 % bis 200 %	300	20,00 €	6.000,00 €
- 75 %	> 200 %	100	10,00 €	1.000,00 €
		Summe: 2100	34,76 €	73.000,00 €

ALLGEMEINES

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die KV nach Antragstellung von einer Abstufung bei Überschreiten des RLVs (Erhöhung des RLVs) absehen. Hierfür muss der Arzt u. a. nachweisen, dass auf Grund bestehender praxisspezifischer Besonderheiten der eigene Fallwert um mehr als 30 Prozent den Durchschnitt der Arztgruppe übersteigt. Die KV muss dann gemeinsam mit den Krankenkassen einen besonderen Versorgungsauftrag bzw. einen entsprechenden Bedarf feststellen. Auch beim Nachweis außergewöhnlicher und unbeeinflussbarer Umstände kann die KV von einer Abstufung absehen.

Wichtig: Sobald erkennbar wird, dass der eigene Fallwert (ohne Berücksichtigung der oben aufgeführten, außerhalb des RLV zu vergütenden Leistungen) mehr als 30 Prozent über dem Durchschnitt der Arztgruppe liegt, sollte sich rechtzeitig an die KV gewendet werden.

1.4 QUALITÄTSGEBUNDENE ZUSATZVOLUMINA (QZV)

Mit Einführung der QZV in den meisten KV'en, sind die Leistungen aus dem RLV mit denen aus dem QZV verrechenbar. Wenn ein Arzt sein ihm zugewiesenes QZV nicht ausschöpft, wohl aber sein RLV vollständig ausgereizt hat, kann das für die QZV noch zur Verfügung stehende Honorar mit Leistungen aus dem RLV ausgefüllt werden. Gleiches gilt ebenfalls umgekehrt, wenn das RLV noch nicht voll ausgeschöpft wurde. Die QZV werden arztgruppenspezifisch ermittelt und festgesetzt. Für jede Arztgruppe gibt es mehrere QZV. Die Zuteilung eines QZV ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Im Vorjahresquartal muss mindestens eine Leistung des jeweiligen QZV abgerechnet worden sein.
- Der Arzt muss die zutreffende Schwerpunkt bzw. Gebietsbezeichnung führen. Ist ein QZV an eine besondere Qualifikation gebunden, muss eine entsprechende Qualifikation nachgewiesen werden.

Die QZV betreffen nur die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung MGV. Leistungen außerhalb der MGV, wie Vorsorgeuntersuchungen und ambulante Operationen werden von den Krankenkassen wieder ohne Obergrenze vergütet. Die Ausgestaltung und insbesondere QZV-Fallwert sind in den einzelnen KV'en unterschiedlich.

1.5 BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFTEN

Soweit Ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten und MVZ tätig sind, erhalten die Praxen ergänzend eine Übersicht des Regelleistungsvolumens (RLV) der Praxis. Die arztindividuellen Regelleistungsvolumen werden hier für die Praxis kumuliert. Hier setzt sich also das Regelleistungsvolumen für die Praxis zusammen aus der Summe der Regelleistungsvolumina für jeden einzelnen Arzt. Die Regelung, dass im Rahmen einer fachübergreifenden Behandlung jeder Arzt aus einer der beteiligten Fachgruppen die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale in voller Höhe abrechnen darf, bleibt im Rahmen der RLV bestehen.

1.6 AUFBAU UND STRUKTUR DES EBM

Der EBM gliedert sich in sechs Kapitel:

Gliederung des EBM 2017	
I.	Allgemeine Bestimmungen
II.	Arztgruppenübergreifende allgemeine Bestimmungen
III.	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
III. a	Hausärztlicher Versorgungsbereich
III. b	Fachärztlicher Versorgungsbereich
IV.	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
V.	Kostenpauschalen
VI.	Anhänge
VII.	Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

ALLGEMEINES

1.6.1 WICHTIGES ZUR BEACHTUNG

Die allgemeinen Bestimmungen enthalten wichtige grundsätzliche Abrechnungshinweise und Definitionen. Die arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen sind nur unter Berücksichtigung der Fachgebietsgrenzen und vertraglicher Bestimmungen abrechnungsfähig. Um arztgruppenspezifische Leistungen abrechnen zu können, muss der Vertragsarzt in diesem Fachgebiet oder Schwerpunkt zugelassen sein. Für die Abrechnung von arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen sind die Fachkunde und die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung nachzuweisen. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen und ggf. die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind ebenfalls Voraussetzung. Eine Genehmigung der KV ist erforderlich. Das Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen befindet sich am Anhang 1 des EBM. Die dort aufgeführten Leistungen sind, sofern sie nicht als GOP im EBM aufgeführt sind, Teilleistungen und somit nicht eigenständig berechnungsfähig.

Die Zuordnung der operativen Prozeduren zu den Leistungen des Kapitels 31 und 36 ist im **Anhang 2** aufgeführt. Im vertragsärztlichen Bereich sind die Angaben zur Seitenlokalisation verpflichtend. Alle operativen Eingriffe an paarigen Organen müssen mit dem Zusatzkennzeichen rechts (R), links (L) oder beidseitig (B) gekennzeichnet werden. Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes sind im **Anhang 3** abgebildet. Im **Anhang 4** befindet sich das Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen.

1.6.2 ABRECHNUNGSAUSSCHLÜSSE

Der EBM definiert insgesamt mehr als 16.000 Abrechnungsausschlüsse. Die Ausschlüsse für die Leistungsabrechnung sind für jede einzelne Leistung geregelt und finden sich zusätzlich auch in den Präambeln der Facharztkapitel.

Ausschlusskriterien
keine Berechnung innerhalb derselben Sitzung
keine Berechnung im Behandlungsfall (innerhalb eines Quartals)
keine Berechnung im Zyklusfall
keine Berechnung an demselben Behandlungstag
keine Berechnung im Krankheitsfall (Innerhalb eines Jahres)
keine Berechnung im Zeitraum von 21 Tagen

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Schließen sich zwei Leistungen gegenseitig aus, kann die höher bewertete Leistung abgerechnet werden.

1.6.3 NUMMERNSYSTEMATIK

Die ersten beiden Ziffern der fünfstelligen Gebührenordnungsposition (GOP) kennzeichnen das jeweilige Kapitel. Die letzten drei Zahlen geben die Leistungsart an.

AUFBAU DER GEBÜHRENORDNUNGSPOSITIONEN		
GOP 03000	Kapitel 03	Versichertenpauschale
Hausärztliche Versorgung		Beispiel: Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr

Mit den **GOP 01 und 02** werden die arztgruppenübergreifenden Leistungen bezeichnet. Die Anfangsziffern **03 bis 27** kennzeichnen die arztgruppenspezifischen Leistungen. Die Kapitel mit den Anfangsziffern **03 und 04** beinhalten hausärztliche Leistungen. Innerhalb der Facharztkapitel **05 bis 27** sind die Abrechnungsregelungen jeweils in Präambel, Grundpauschalen und ggf. Zuschläge, sowie diagnostische und therapeutische Leistungen eingeteilt. Die arztübergreifenden speziellen GOP (z. B. physikalische Therapie, Phlebologie, Proktologie) beginnen mit der Ziffer **30**.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

2.1 DRINGENDER BESUCH EINES PATIENTEN

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

546 Punkte

57,49 €

Die Gebührenordnungsposition 01415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01414, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

2.2 PRÜFUNG DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

01420 Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

94 Punkte

9,90 €

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
 - Überprüfung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Koordinierende Gespräche mit einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

einmal im Behandlungsfall

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

2.3 VIDEOSPRECHSTUNDE

Die GOP 01450 ist ein Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen; ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt muss in demselben Quartal jedoch nicht stattgefunden haben. Die auf 1.899 Punkte (50 Sprechstunden) pro Arzt und Quartal gedeckelte soll die notwendige Technik refinanzieren (vgl. Anlage 31b BMV-Ä).

Die Konsultationsziffer GOP 01439 wird für die Betreuung eines Patienten, einmalig im Behandlungsfall, angesetzt. Der persönliche und telefonische Arzt-Patienten-Kontakt wird hierdurch honorartechnisch ersetzt, muss jedoch in den vorigen zwei Quartalen mindestens einmal stattgefunden haben.

Beide extrabudgetär vergüteten Leistungen verstehen sich als Folgebegutachtung. Die zukünftige Erweiterung des Indikationsspektrums ist geplant.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

01450 Zuschlag Videosprechstunde

40 Punkte

4,21 €

Obligater Leistungsinhalt

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

je Arzt-Patienten-Kontakt 1.899 Punkte je abrechnendem Arzt

01439 Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde

88 Punkte

9,27 €

Obligater Leistungsinhalt

- Wie GOP 01450

Einmal im Behandlungsfall

2.4 BERICHTSPFLICHT: FACHARZT AN HAUSARZT

Es ist eine umfangreiche Berichtspflicht vorgesehen. In der allgemeinen Bestimmung 2.1.4 des EBM sind alle Leistungen aufgelistet, die nur dann abgerechnet werden können, wenn ein Bericht an den Hausarzt geschrieben wurde.

2.5 BERECHNUNGSFÄHIGE GEBÜHREZZIFFERN

01600	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	39 Punkte	4,11 €
01601	Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information	74 Punkte	7,79 €
01602	Mehrfertigung (z.B. Kopien) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt (Gebühr darf nur abgerechnet werden, wenn ein Bericht/Brief bereits an einen anderen Arzt erfolgt ist)	12 Punkte	1,26 €
01621	Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56	44 Punkte	4,63 €

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

2.6 ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN BEI BERICHTSPFLICHT

Mindestens einmal im Behandlungsfall schriftliche Informationen an den Hausarzt. Diese Regelung gilt nicht nur, wenn ein Patient vom Hausarzt an den Facharzt überwiesen wurde, sondern auch dann, wenn der Patient den Facharzt direkt in Anspruch nimmt oder der Patient auf Überweisung eines anderen Facharztes behandelt wurde.

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Der Höchstwert für die GOP 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden. Die GOP 01600 ist in den berechnungsfähigen GOP 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 GOP 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.** Die GOP 01600 ist am Behandlungstag nicht neben den GOP 31010 bis 31013 berechnungsfähig. Die GOP 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOP 01790 bis 01793, 01835 bis 01837, 25213 und 30700 berechnungsfähig. Die GOP 01600 ist im Krankheitsfall nicht neben der GOP 01838 berechnungsfähig.

2.7 KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE

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

57 Punkte

6,00 €

Obligater 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 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 ambulanten Operierens nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht

129 Punkte

13,58 €

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 im Behandlungsfall unter anderem nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des ambulanten Operierens nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

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

239 Punkte

25,17 €

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 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 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 ambulanten Operierens nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Da es sich um Komplexleistungen handelt, sind auch die notwendigen Lokal- oder Leitungsanästhesien bereits Bestandteil der Leistung. Die Auswahl „kleine Chirurgie“ kann von allen Ärzten, unabhängig von der Fachrichtung, erbracht werden. Es muss keine Genehmigung zum ambulanten Operieren der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen. Im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des ambulanten Operierens darf die GOP 02302 nicht neben den postoperativen Behandlungskomplexen abgerechnet werden.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

2.8 SONDERREGELUNG BEI KINDERN

Bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sind anstelle der kleinen operativen Eingriffe ambulante Operationen berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Anstelle der Ziffern 02300 bis 02302 kann dann GOP 31101 abgerechnet werden. Bei ambulanten Operationen kann auch die Anästhesie gesondert abgerechnet werden!

2.9 BEHANDLUNG SEKUNDÄR HEILENDER WUNDEN UND/ODER DECUBITALULCUS (- ULCERA)

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

205 Punkte

21,59 €

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 und 34291 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des ambulanten Operierens nicht neben den GOP des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Bei der Abrechnung von Leistungs-/Behandlungskomplexen bitte immer die folgende Regel berücksichtigen: Nur ein Komplex im Quartal abrechnen und daneben keine Leistungen, die bereits Bestandteil des Komplexes sind.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

2.10 BEHANDLUNG DIABETISCHER FUß

02311 Behandlung des diabetischen Fußes

140 Punkte

14,74 €

Obliquater 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, 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.

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Die GOP 02310 und 02311 sind nicht neben den „Kleinchirurgischen Eingriffen“ in demselben Behandlungsfall berechnungsfähig.

2.11 PHLEBOLOGISCHE LEISTUNGEN

02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris

55 Punkte

5,79 €

Obliquater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Thromboseprophylaxe,
- Teilbäder,

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von insgesamt 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 und 18311 berechnungsfähig.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE ALLGEMEINE LEISTUNGEN

02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem	57 Punkte	6,00 €
-------	--	-----------	--------

Obligator Leistungsinhalt

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

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von insgesamt 4.244 Punkten (442,91 €). Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden. Die Gebührenordnungsposition 02313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02350, 07340, 10330, 18340 und 30501 berechnungsfähig.

Hinweis: Von der nebeneinander Berechnung sind die Positionen 02312 und 02313 zwar nicht ausgeschlossen. Die GOP 02312 beinhaltet allerdings „entstauende phlebologische Funktionsverbände“, somit ist ein Kompressionsverband nach 02313 für dasselbe Bein nicht berechenbar. Wird aber an einem Bein ein Ulcus cruris gemäß 02312 behandelt und an dem anderen Bein eine Kompressionstherapie durchgeführt, dann sind die beiden Positionen nebeneinander berechnungsfähig.

2.12 LEGEN VON HARNBLASENKATHETERN

02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	126 Punkte	13,27 €
-------	--	------------	---------

Die Gebührenordnungsposition 02321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02322, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828 und 36821 bis 36828 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02322	Wechsel oder Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	51 Punkte	5,37 €
-------	---	-----------	--------

Die Gebührenordnungsposition 02322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02321, 02323, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828 und 36821 bis 36828 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02323	Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters	69 Punkte	7,27 €
-------	---	-----------	--------

Die Gebührenordnungsposition 02323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01913, 02300, 02322, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 31821 bis 31828 und 36821 bis 36828 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02323 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

3.1 ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Die hausärztliche Abrechnung der arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen ist an besondere Qualifikationsnachweise gebunden. Die Berechnung der Leistungen setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebender Verfahren, die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen. Ebenfalls Bestandteil der Leistungen: Die Kontrastmitteleinbringung.

33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße, je Sitzung	286 Punkte	30,12 €
33061	CW-Doppler-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße, je Sitzung	108 Punkte	11,37 €
33072	Duplexsonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße, je Sitzung	260 Punkte	27,38 €
33075	Zuschlag zu 33072 Farbduplex, je Sitzung	62 Punkte	6,53 €
33076	Sonographie von Extremitätenvenen (B-Mode-Verfahren), je Sitzung	87 Punkte	9,16 €
33080	Sonographie von Haut und Subkutis, je Sitzung	74 Punkte	7,79 €

3.2 SPEZIELLE VERSORGUNGSBEREICHE (KAPITEL 30)

30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie	34 Punkte	3,58 €
	je Bein, je Sitzung		

Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

Anmerkung: die in Präambel zu 30.4 aufgelisteten Fachgruppen sind für die Abrechenbarkeit zu beachten. Hausärzte können die GOP 30401 nur mit der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie abrechnen, oder wenn sie einen qualifizierten Mitarbeiter (Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt haben.

3.3 ABRECHNUNG VON SCHMERZTHERAPIE

30700	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V	320 Punkte	33,70 €
--------------	---	-------------------	----------------

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

[zurück zur Navigation](#)

Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 30700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 30700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601, 03040, 03220, 03221, 03230, 04040, 04220, 04221 und 04230 berechnungsfähig.

30702 Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

497 Punkte

52,33 €

Obligater Leistungsinhalt

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß den 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 biopsychosozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
 - Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmenund/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 u. 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, 0403005360, 30960, 30931, 30932 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.

[zurück zur Navigation](#)

30706 Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

Obligater Leistungsinhalt

60 Punkte

6,32 €

- 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 dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.

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

30708 **Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie,**
Dauer mindestens 10 Minuten,
je vollendeter 10 Minuten

118 Punkte

12,43 €

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, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 02100, 02101, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 31820 bis 31828, 31830, 31831, 36820 bis 36828, 36830 und 36831 berechnungsfähig.

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

[zurück zur Navigation](#)

Die Anzahl von Patienten, die sich in Krankenhäusern oder Pflegeheimen mit einem methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) infiziert haben, hat in den letzten Jahren zugenommen.

Mit dem Ziel der Vermeidung von Infektionen und oft schweren Schädigungen der Patienten, wurde ein ambulantes Leistungsangebot in den EBM aufgenommen. Grundlage für die Leistungsinhalte bildet eine Empfehlung des Robert-Koch-Institutes mit dem Ziel, den Anteil resistenter Stämme von Staphylococcus aureus an der Gesamtheit der nachgewiesenen Stämme zu reduzieren. Das Angebot richtet sich insbesondere an Patienten, die dauerhaft in einem Heim leben, eine häusliche Pflege benötigen und/oder durch einen liegenden Katheter, eine Dialysebehandlung oder eine offene Wunde besonders anfällig für eine Infektion sind.

3.4 SPEZIELLE DIAGNOSTIK UND ERADIKATIONSTHERAPIE IM RAHMEN VON MRSA

Die Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie umfasst die GOPen 30940 bis 30956. Verpflichtend für die Abrechnung der Ziffern ist die Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/ oder die „MRSA-Zertifizierung“ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die betreffenden Ärzte sollten in einem sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sein. Gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V besteht für die ärztlichen Leistungen eine Dokumentationspflicht. Die auf Basis von patientenbezogenen Abrechnungsdaten erstellten pseudonymisierten Berichte, werden durch die KBV an das Bundesministerium für Gesundheit und den Bewertungsausschuss zur Auswertung übermittelt. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nicht RLV-relevant, werden also extrabudgetär vergütet. Möglich ist die Wiederholung der Eradikationstherapie bei einem positiven Kontrollabstrich, auch wenn die Einschlusskriterien als MRSA-Risikopatient nicht länger gegeben sind. Eine dritte Durchführung setzt jedoch die Vorstellung auf einer Fall-/Netzwerkkonferenz voraus. Zudem ist die Abrechnung von Laborziffern zum MRSA-Nachweis (GOP 30954), bzw. Nachweis der Koagulase und/ oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation (GOP 30956) möglich. Hierfür muss die Genehmigung der KV zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Abschnitt 32.3.10 (Laboratoriumsmedizin) vorliegen.

3.4.1 LEISTUNGEN ERADIKATIONSTHERAPIE, DIAGNOSE UND SANIERUNG

30940 Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 30.12 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung

35 Punkte

3,69 €

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.

[zurück zur Navigation](#)

30942 Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946

133 Punkte

14,00 €

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

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 U80.0 oder U80.1 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 der Nr. 3 der Präambel 30.2, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 30942

90 Punkte

9,48 €

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 30944 und 30942 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 berech

[zurück zur Navigation](#)

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose K

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

32 Punkte

3,37 €

Obligater Leistungsinhalt

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

- 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 Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben. Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht im kurativ stationären Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 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

46 Punkte

4,84 €

einmal im Behandlungsfall

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 nur Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA (bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gilt "bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3 des Anhangs zum Abschnitt 30.12 des EBM") für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 30948 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 30954 und/oder 30956 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von 919 Punkten je Praxis und je Netzwerkund/ oder Fallkonferenz. Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA (bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gilt "der gemäß § 3 Nr. 4 b) und c) des Anhangs zum Abschnitt 30.12 EBM") vorträgt, ein Höchstwert von 1.515 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

[zurück zur Navigation](#)

30950 Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich

19 Punkte

2,00 €

Obligater Leistungsinhalt

ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

- Abstrichentnahme (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 30940 oder 30946
- oder
- Abstrichentnahme (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 (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 (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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien

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

19 Punkte

2,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- s. GOP 30950

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

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

30954 Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden

51 Punkte

5,37 €

Die Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 sind nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

[zurück zur Navigation](#)

30956 Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß Gebührenordnungsposition 30954

25 Punkte

2,63 €

Die Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 sind nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.

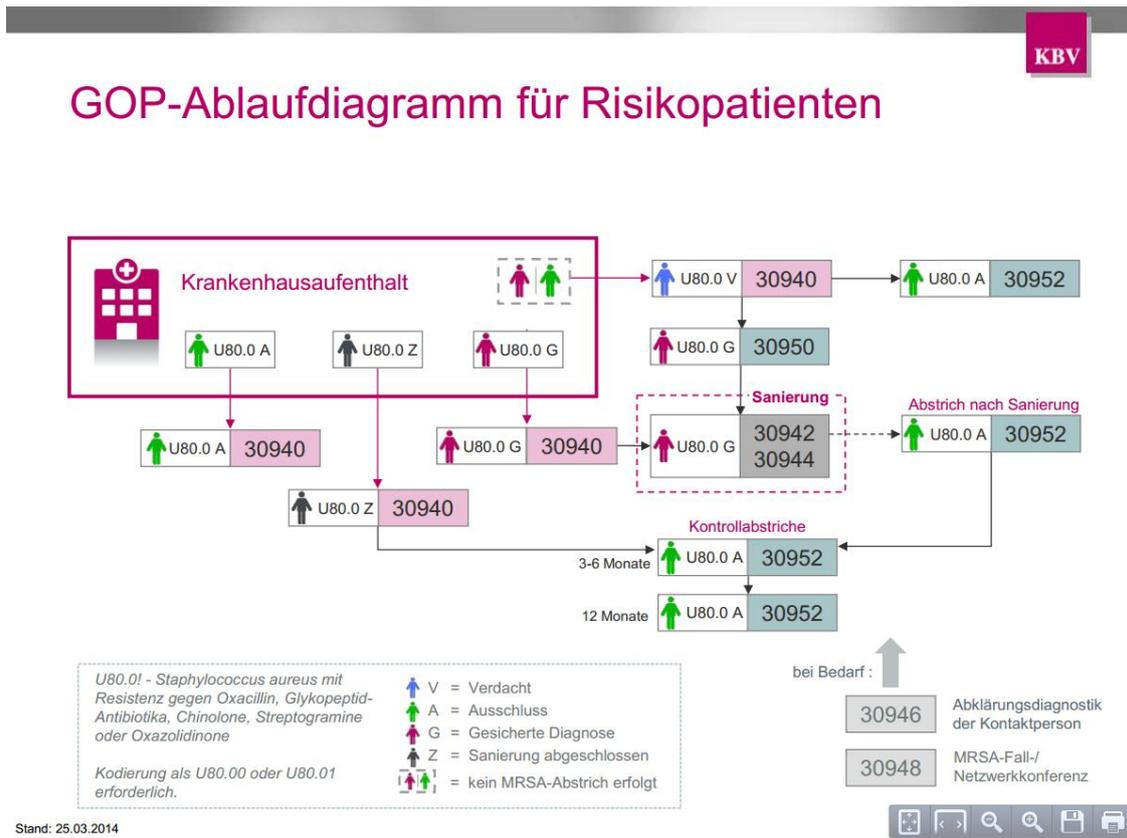
ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE LEISTUNGEN

Anmerkung: Ärzte, die nur Leistungen der GOP´en 30954 und 30956 erbringen, müssen neben der Zertifizierung folgende Informationen erheben und im Rahmen der Konferenz präsentieren:

- a) Beschreibung der aktuellen Infektions- bzw. Resistenzentwicklung zu Staphylococcus aureus bzw. Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus anhand der im eigenen Labor erbrachten mikrobiologischen Laborleistungen entsprechend der Abschnitte 32.3.10 und 87.8.
- b) Übersicht der aktuellen bundesweiten sowie soweit vorhanden aktuellen regionalen Resistenzübersichten gemäß etablierter Antibiotikaresistenz-Surveillance-Systeme (z.B. KISS, ARS, ARMIN).
- c) Sofern mehrere Ärzte, die aus dem Abschnitt 30.12 nur Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnen, an einer Fall- oder Netzwerkkonferenz teilnehmen, so sind die Informationen nach a) der teilnehmenden Ärzte im Sinne einer Gesamtschau zusammenzuführen und zu präsentieren und es braucht b) nur von einem Arzt erläutert werden.

11.3 ABRECHNUNGSLOGIK MRSA-ERADIKATIONSTHERAPIE

Das folgende Schaubild der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verdeutlicht den Prozess der Abrechnung von ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Vergütungsvereinbarung zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem MRSA.



HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

Der Hausarzt kann im Rahmen der arztgruppenspezifischen Leistungen zusätzlich die folgenden Strukturleistungen bzw. Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung abrechnen.

4.1 AUFBAU UND VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER HAUSÄRZTE

Versichertenpauschale	+	Zuschläge	+	Einzelleistungen/ Leistungskomplexe	+	Qualitätszuschläge
alle im Abrechnungszeitraum üblicherweise i. d. R. hausärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen + anfallende Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen		1. Für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags und 2. für die Betreuung und Versorgung chronisch kranker Patienten		Leistungen, die besonders gefördert werden sollen (Beispiel Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment GOP 03360)		Vergütung der in besonderen Behandlungsfällen erforderlichen Qualität (z. B. Sonographie, Psychosomatik)

4.2 HAUSÄRZTLICHE VERSICHERTENPAUSCHALEN

Versichertenpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant oder kurativ-stationär)

03000	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236 Punkte	24,85 €
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150 Punkte	15,80 €
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122 Punkte	12,85 €
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157 Punkte	16,53 €
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210 Punkte	22,11 €

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

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, 01211 und 01214 bis 01219 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 oder 01418, 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, 03010 und 03030 berechnungsfähig.

4.4 ZUSCHLAG ZU VERSICHERTENPAUSCHALEN BEI DER BEHANDLUNG VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Zusätzlich zu der Versichertenpauschale, können unter bestimmten Voraussetzung (vgl. Kapitel 3.2.2 EBM) die so genannte Chronikerpauschale, sowie damit im Zusammenhang stehende Gesprächsleistungen geltend gemacht werden. Der G-BA hat in der Chroniker-Richtlinie den Begriff einer schwerwiegenden chronischen Krankheit definiert (s. Kasten am Kapitelende). Der EBM sieht für die Abrechnung der Leistungen unter anderem folgende Tatbestände vor:

- In den letzten vier Quartalen muss zur Behandlung derselben gesicherten Diagnose mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal stattgefunden haben, davon in drei Quartalen in derselben Praxis.
- In zwei Quartalen müssen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben.

03220 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

130 Punkte

13,69 €

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 Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden. Die Gebührenordnungsposition 03220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig

Die Ziffer 03222 Zuschlag zu GOP 03220 durch die KV zugesetzt

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

- 03221 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung
- 40 Punkte** **4,21 €**
- 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**
-
- 03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist
- 90 Punkte** **9,48 €**
- Obligater Leistungsinhalt
- - Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
 - - mit einem Patienten
 - und/oder
 - - einer Bezugsperson,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- - Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den lebensverändernden Erkrankung(en),
- 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 und 35110 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.*

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Auszug „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte“ („Chroniker-Richtlinie“)

Schwerwiegende chronische Krankheit

...

(2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mind. 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mind. 60% vor.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

4.5 LEISTUNGEN AUSSERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG

Beispiele:

- Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
- Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Prä- und poststationäre Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520 und 40680.
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
- Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,
- Früherkennungsuntersuchung U 7a,
- Hautkrebsscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie Reproduktionsmedizin (exklusive Beratung)

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

HINWEIS ZUR ABRECHNUNG

Viele, früher einzeln abrechenbare Leistungen finden Eingang in Pauschalen. Sie können im Anhang 1 der Vereinbarung zum EBM im Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen nachgelesen werden. In den Gebührenordnungspositionen wird zwischen VP = Versichertenpauschale, GP = Grund- / Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen unterschieden.

Beispiele:

ehemalige Ziffer	Inhalt	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten
01420	Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege	X
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	X
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	X
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	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
02350	Fixierender Verband	X
03000	Hausärztliche Grundvergütung	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
03115	Konsultationskomplex	X
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung	X
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	X
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	X
03311	Ganzkörperstatus	X
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	X
-	Anus praeter-Bougierung	X

Somit sind die Leistungen „Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters“, „Wechsel oder Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters“, „Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters“ keine separaten Abrechnungspositionen für den Hausarzt!

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

4.6 BESONDERS FÖRDERUNGSWÜRDIGE EINZELLEISTUNGEN UND LEISTUNGSKOMPLEXE

Besonders förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe

03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	92 Punkte	9,69 €
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht, bis zu dreimal im Behandlungsfall	19 Punkte	2,00 €
03321	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	200 Punkte	21,06 €
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	67 Punkte	7,06 €
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	78 Punkte	8,21 €
03330	Spirographische Untersuchung	60 Punkte	6,32 €
03331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	85 Punkte	8,95 €

4.7 ARZTENTLASTENDE VERSORGUNGSANGEBOTE

4.7.1 BEISPIELE

AGnES

AGnES steht für eine arztentlastende, gemeindenaher, E-Healthgestützte und systemische Intervention, die durch die Übernahme bestimmter ärztlicher Leistungen durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte des Praxisteam erreicht wird. In Gebieten mit drohender oder bereits vorhandener hausärztlicher Unterversorgung kann das AGnES-Konzept dazu beitragen, der jeweiligen Hausärztin oder Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen.

Die AGnES-Fachkraft ist speziell geschult, um den umfassenden Gesundheitszustand der Patienten einzuschätzen. Sie kann einfache Labortests durchführen, besucht die Patientinnen oder Patienten zu Hause und misst zum Beispiel Blutdruck, Blutzucker oder andere diagnostische Werte. Darüber hinaus verabreicht sie Medikamente, übernimmt die Wundversorgung, berät den Patienten und koordiniert den weiteren Behandlungsverlauf im Hinblick auf zukünftige therapeutische Maßnahmen.

Für die Umsetzung des Konzeptes ist die Qualifizierung der AGnES-Fachkräfte von zentraler Bedeutung. In Betracht für die Weiterqualifizierung kommen zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder medizinische Fachangestellte. Die Weiterbildung baut auf der vorhandenen Qualifikation auf und kann in Modulen individuell zusammengestellt werden.

In allen Modellprojekten nach dem AGnES-Konzept ist die AGnES-Fachkraft als Mitarbeiterin des Praxisteam direkt an die Praxis angebunden. Das kann in Vollzeit oder Teilzeit geschehen, die Bandbreite der Praxen reicht von Einzel- oder Gemeinschaftspraxen bis hin zu medizinischen Versorgungszentren oder einem lokalen Hausärzterverbund.

Die AGnES-Modellprojekte wurden in mehreren KV-Gebieten erprobt, und können als die ersten ihrer Art in Deutschland bezeichnet werden. Die Erfolge veranlassten der Gesetzgeber, entsprechende Angebote in die Regelversorgung zu überführen.

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

VERAH®

Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) ist eine durch das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. durchgeführte Fortbildung für medizinische Fachangestellte. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Hausarztpraxis als zentralen Ort der Versorgung zu stärken, die Berufszufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten zu steigern und die Hausärztinnen und Hausärzte durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten. Das VERAH® Konzept ist gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. entwickelt worden und umfasst ein 200 Stunden-Curriculum, welches beispielsweise Wundmanagement beinhaltet. Abhängig von den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in den KV-Gebieten, führen die VERAH's auch Hausbesuche durch.

EVA

Die Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein haben die Zusatzqualifikation „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) eingeführt. Das Konzept der „Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA)“ basiert im Wesentlichen auf Inhalten bereits bestehender Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer für medizinische Fachangestellte (MFA) und sieht eine Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten / Medizinischem Assistenzpersonal in einem breit gefächerten Aufgabenbereich vor. Die EVA erwirbt die Kompetenzen für die Übernahme von delegationsfähigen Leistungen in der ambulanten Praxis. Sie entlastet dadurch den Arzt/die Ärztin bei der Begleitung und Unterstützung von Patienten und Angehörigen in einer Vielzahl von Aufgabenbereichen, die den Behandlungsprozess betreffen.

4.7.2 VORHALTUNG UND ÄRZTLICH ANGEORDNETE HILFELEISTUNGEN BEI EINSATZ VON PRAXISASSISTENTEN

Die regionalen Vergütungen für den Einsatz von Praxisassistenten wie VERAH® oder NäPa, sind in vielen KV-Gebieten als hausarztentlastende Angebote durch die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abgebildet. In 2015 wurde die bundesweite Vergütung der **Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa)** eingeführt, die extrabudgetär bezahlt wird. Die drei Ziffern sind mit einer Reihe von qualitativen und quantitativen Voraussetzungen verknüpft.

Weiterhin darf der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

Auf der nächsten Seite sehen Sie eine Abbildung mit den Gebührenordnungspositionen und wichtigsten Zugangsvoraussetzungen.

HAUSARZT-ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

GOP-Nr.	Beschreibung	Punkte/Euro	Mindestmengenregelung	Abrechnungsausschlüsse	Genehmigungspflicht/Qualifikation
03060	Zuschlag zu der GOP 03040 (Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags) Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten	22/2,32 € Max. 23.800 Punkte pro Quartal und Praxis + Zuschlag GOP 03061 12/1,26 € Werden von der KV entspr. Erklärung der Praxis zugesetzt	<ul style="list-style-type: none"> 700 Behandlungsfälle/Quartal Gemeinschaftspraxis: mdst. 521 Behandlungsfälle bei jedem weiteren Arzt <p>Oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Mdst. 120 Behandlungsfälle über 75 Jahre Gemeinschaftspraxis: mdst. 80 Behandlungsfälle über 75 Jahre bei jedem weiteren Arzt 	Höchstwert wird um reine HzV-Fälle reduziert	<ul style="list-style-type: none"> Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Beschäftigung NÄPa mdst. 20 Wochenstunden Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 BMV-Ä („Delegationsvereinbarung“) ist zu beachten!
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen - In der Häuslichkeit - in Alten- und Pflegeheimen - in anderen beschützenden Einrichtungen	166/17,48 € + Zuschlag GOP 03064 22/2,10 € Wird von der KV zugesetzt	<ul style="list-style-type: none"> Fälle im organisierten Not(fall)dienst werden nicht gezahlt HzV/Knappschaftsfälle werden gezahlt 	neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01418 nur im begründeten Einzelfall in derselben Sitzung: 03063 am Behandlungstag: 40240, 40260	
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten - in derselben sozialen Gemeinschaft wie GOP 03062 -	122/12,85 € + Zuschlag GOP 03065 14/1,47 € Wird von der KV zugesetzt		Besuche s. 03062 In derselben Sitzung: 03062 am Behandlungstag: 40240,40260	

Aufgrund der Vielfalt verschiedener Curricula, wurden durch Aufbaukurse der Initiatoren (z. B. Ärztekammern, Hausärzteverband) die Anerkennung zu der NÄPA-Qualifikation vereinheitlicht, und damit die Leistungserbringung/Abrechnung der EBM-Leistungen ermöglicht. Umgekehrt muss eine NÄPa gegebenenfalls zusätzliche Kurse belegen, um an den von dem Hausärzteverband initiierten Verträgen teilzunehmen, damit Hausbesuche und weitere Leistungen durch den Assistenten erbracht und abgerechnet werden können.

Neben den angeordneten Hilfeleistungen können im Zuge desselben Hausbesuches keine weiteren Leistungen abgerechnet werden (Ausnahmen: Langzeit-EKG, postoperative Versorgung).

VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER FACHÄRZTE

5.1 AUFBAU DER VERGÜTUNGSSTRUKTUR DER FACHÄRZTE

Die vertragsärztliche Vergütung der fachärztlichen Leistungen ist wie folgt abgebildet:

Arztgruppenspezifische Grundpauschale
<p>alle von der Arztgruppe üblicherweise im Behandlungsfall erbrachten Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grundpauschalen (ggf. zuzüglich Zuschlägen zu den Grundpauschalen) ● Berichte, Bescheinigungen, etc. (z. B. nach Nrn. 01600, 01601, 01620) ● Laboratoriumsleistungen
+
Arztgruppenspezifische Zusatzpauschale
<p>für den besonderen Aufwand aufgrund von Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen der Ärzte und Therapeuten bzw. in bestimmten Behandlungsfällen (im Wesentlichen identisch mit bisherigen fachärztlichen Leistungen/ Leistungskomplexen)</p>
+
Einzelleistungen / Leistungskomplexe
<p>Soweit medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistung erforderlich</p>

ALLGEMEINCHIRURG – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

6.1 ALLGEMEINCHIRURG – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

Die nachfolgenden Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie und Herzchirurgie erbracht werden.

6.2 CHIRURGISCHE GRUNDPAUSCHALEN

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

07210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	210 Punkte	22,11 €
07211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	221 Punkte	23,27 €
07212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	255 Punkte	26,85 €

Die Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

07220 Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212

32 Punkte

3,37 €

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 07220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

07222 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 0722

9 Punkte

0,95 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

ALLGEMEINCHIRURG – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

6.4 ZUSATZPAUSCHALEN

07320 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(e)n und/oder Eingriff(en)

152 Punkte

16,01 €

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen und/oder
- Einleitung/Koordinierung interdisziplinärer Diagnostik und/oder Therapie und/oder
- Wiederholte eingehende symptombezogene Untersuchung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Reposition(en) von Hernien, eines Darmprolaps und/oder eines Anus praeter-Prolaps,
- Wundbehandlungen,
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07320 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 und 31630 bis 31637 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 07320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340 und 07345 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 07320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des ambulanten Operierens nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

6.5 BEHANDLUNG SEKUNDÄR HEILENDER WUNDEN

07340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

272 Punkte

28,64 €

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen und/oder
 - Wunddebridement und/oder
 - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
 - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
 - Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
 - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,
einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 07340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen. Die Gebührenordnungsposition 07340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02312 und 02313 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 07340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 07340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320 und 07330 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 07340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

ALLGEMEINCHIRURG – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

Weitere Zusatzpauschalen sind:

(bitte beachten Sie die durch die KBV ausgewiesenen Ausschlüsse und Einschränkungen!)

07310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates, Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	216 Punkte	22,74 €
	einmal im Behandlungsfall		
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	217 Punkte	22,85 €
	einmal im Behandlungsfall		
07345	Zusatzpauschale Onkologie	191 Punkte	20,11 €
	einmal im Behandlungsfall		

6.6 PHLEBOLOGISCHER BASISKOMPLEX

Der Phlebologische Basiskomplex kann von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Innere Medizin und Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie berechnet werden. Daneben ist jedoch in demselben Behandlungsfall keine Abrechnung der CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße (GOP 33061) möglich.

30500	Phlebologischer Basiskomplex	164 Punkte	17,27 €
	einmal im Behandlungsfall		

6.7 ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Für die Allgemeinchirurgen ist die Ultraschalldiagnostik mit den Gebührensätzen des Kapitels 33 berechnungsfähig. Eine ausführliche Darstellung der Gebührensätze und der Anforderungen für die Abrechnung befindet sich im Abschnitt Ultraschalldiagnostik dieser Broschüre

DERMATOLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

Die nachfolgenden Leistungen können von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnet werden.

7.1 DERMATOLOGISCHE GRUNDPAUSCHALEN

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

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

einmal im Behandlungsfall

10210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	129 Punkte	13,58 €
10211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	140 Punkte	14,74 €
10212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	143 Punkte	15,06 €

Die Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

10220 Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212

18 Punkte

1,90 €

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 10220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

10222 Zuschlag zur GOP 10220

5 Punkte

0,53 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 10222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

DERMATOLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

7.2 DERMATOLOGISCHER WUNDBEHANDLUNGSKOMPLEX

Der Behandlungskomplex kann nur abgerechnet werden, wenn im Behandlungsfall mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben.

10330 Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde **272 Punkte** **28,64 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Behandlung einer offenen Wunde und/oder
- einer Verbrennung und/oder
- einer septischen Wundheilungsstörung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
 - Wunddebridement,
 - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes,
 - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
 - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,
 - Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- einmal im Behandlungsfall**

Die Leistung nach der Nr. 10330 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen. Die Gebührenordnungsposition 10330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02312 und 02313 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

7.3 KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE

10340 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation **57 Punkte** **6,00 €**

Obligater 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**

DERMATOLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

10341 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung **129 Punkte** **13,58 €**

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

10342 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern **239 Punkte** **25,17 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung einer Wunde mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss und/oder
- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben und/oder
- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst und/oder
- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) und/oder
- Emmert-Plastik und/oder
- Venae sectio,
einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10342 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10342 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10342. Die Gebührenordnungsposition 10342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340 und 10341 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10342 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10342 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312 und 10330 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 10342 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

Bei den operativen Eingriffen I - III ist die Lokalanästhesie und Leitungsanästhesie - soweit erforderlich - bereits Bestandteil der Leistung.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

8.1 UROLOGISCHE GRUNDPAUSCHALEN

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

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

einmal im Behandlungsfall

26210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	149 Punkte	15,69 €
26211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	166 Punkte	17,48 €
26212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	198 Punkte	20,85 €

Die Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

26220 Zuschlag für die urologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212

35 Punkte

3,69 €

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 26220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

26222 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 26220

9 Punkte

0,95 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

8.2 DIAGNOSTISCH – THERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

26310 Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.2.1

444 Punkte

46,75 €

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie des Mannes,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Die Gebührenordnungsposition 26310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26311 Urethro(-zysto)skopie der Frau oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.2.1

272 Punkte

28,64 €

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie der Frau,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Die Gebührenordnungsposition 26311 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08311 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

26312 Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung

290 Punkte

30,54 €

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Urethra,
 - Fortlaufende grafische Registrierung
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Physikalische(r) Funktionstest(s)

Die Gebührenordnungsposition 26312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26313 Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung

651 Punkte

68,55 €

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
 - EMG,
 - Fortlaufende grafische Registrierung,
 - Messung des Abdominaldruckes,
- Fakultativer Leistungsinhalt
- Urethro(zysto-)skopie Mann (Nr. 26310),
 - Urethro(zysto-)skopie Frau (Nr. 26311),
 - Urethradruckprofilmessung (Nr. 26312),
 - Physikalische Funktionsteste,
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 26310 bis 26312 und 26340 berechnungsfähig.

26315 Zusatzpauschale Onkologie

Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

191 Punkte

20,11 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane C60-C63, der Harnorgane C64-C68, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

26320 Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311

150 Punkte

15,80 €

Obligater Leistungsinhalt

- Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase

Die Gebührenordnungsposition 26320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

26321 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)
133 Punkte **14,00 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Harnleitersondierung(en),
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre (Nr. 26340)
- Nierenbeckenspülung(en)
- Einbringung von Medikamenten
- Einbringung von Kontrastmitteln in das/die Nierenbecken und/oder den/die Harnleiter

Die Gebührenordnungsposition 26321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26324, 26340 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26322 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie
207 Punkte **21,80 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26323, 26324 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

26323 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für den Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie

95 Punkte

10,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26322, 26324 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26324 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene

44 Punkte

4,63 €

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26321 bis 26323 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26325 Wechsel eines Nierenfistelkatheters

285 Punkte

30,01 €

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel eines Nierenfistelkatheters,
- Spülung,
- Katheterfixation

Die Gebührenordnungsposition 26325 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26325 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

26330 **Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)** **5119 Punkte** **539,03 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Harnsteinen,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Steinortung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Einlegen einer Ureterverweilschiene (Nr. 26322),
- Wechsel Nierenfistelkatheter (Nr. 26325), Ultraschalldiagnostik (Kapitel 33),
- Radiologische Diagnostik (Kapitel 34),
- Prämedikation/Sedierung,
- In mehreren Sitzungen,

je behandelter Seite einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 26330 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Stoßwellenlithotripsie sowie zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Gebührenordnungsposition 26330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100, 02101, 26322, 26325, 34243 bis 34245, 34255 bis 34257 und 34280 bis 34282 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.

Wichtig: Die ESWL wird aus der Morbiditätsgesamtvergütung zusätzlich zum Regelleistungsvolumen bezahlt!

26340 **Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre** **81 Punkte** **8,53 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 26340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26321 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26341 **Prostatabiopsie** **187 Punkte** **19,69 €**

Obligater Leistungsinhalt

- Entnahme von mindestens 6 histologisch verwertbaren Biopsaten aus der Prostata bei Verdacht auf das Vorliegen bzw. zur Kontrolle eines Malignoms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Punktion(en) (Nr. 02340),
- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 26341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

8.3 KLEINCHIRURGISCHE EINGRIFFE

26350 Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I

78 Punkte

8,21 €

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung,
einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26350 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26350 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26350. Die Gebührenordnungsposition 26350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26351, 26352, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

26351 Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II

118 Punkte

12,43 €

Obligater Leistungsinhalt

- Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis und/oder
- Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung,
einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26351 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26351. Die Gebührenordnungsposition 26351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26352, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

UROLOGE – ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN

26352 Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

219 Punkte

23,06 €

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Meatusplastik,
einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26352 entsprechend. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26352. Die Gebührenordnungsposition 26352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26351, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 26352 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

8.4 HINWEIS ZUR VERORDNUNG DER INTERMITTIERENDEN TRANSURETHRALEN EINMAL-KATHETERISIERUNG

HINWEIS ZUR VERORDNUNG DES INTERMITTIERENDEN EINMALKATHETERISMUS

Durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Änderung der **Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege (2006)**, ist die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung als Leistung der Häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig:

„Die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung ist verordnungsfähig, wenn eine andere Methode der Harnableitung nicht zu besseren Ergebnissen führt bei Patienten, die wegen

- einer so erheblichen Einschränkung der Grob- oder Feinmotorik oder
- eingeschränkter Sehfähigkeit oder
- einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder eines Realitätsverlusts oder
- entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit die Katheterisierung nicht erlernen oder nicht selbständig durchführen können. **Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.**

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

9.1 ERKLÄRUNG UND VERTRAGSBEISPIELE

Die vorangegangenen Gesundheitsreformen haben das Vertragsmonopol der KVen aufgebrochen und einen großen Handlungsspielraum im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V eröffnet.

Vielorts sind die Grund- und Chronikerpauschalen, sowie bestimmte Einzelleistungen (wie z. B. die Wundversorgung) Bestandteil des jeweiligen hausarztzentrierten Vertrages. Die Hausärzte werden vielerorts zu großen Teilen nicht mehr nach dem EBM honoriert; die Abrechnung wird dort durch die Verbände durchgeführt.

Die Möglichkeit, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit den Krankenkassen zu schließen, hat vor allem Ärzteverbände gestärkt. Hierdurch besteht ein Wettbewerb um den Versorgungsauftrag zwischen den Verbänden und den KVen.

Beispiele für existierende Verträge sind:

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Nordost / IKK Brandenburg und Berlin
- BKK Bayern
- IKK Classic
- Techniker Krankenkasse
- LKK
- Bosch BKK Baden-Württemberg
- Ersatzkassen in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe

AMBULANTES OPERIEREN

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es vielfach, Operationen nicht mehr vollstationär vorzunehmen. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, stellen ambulante Operationen stationsersetzende Eingriffe mit dem Ziel dar, nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden, eine wirtschaftliche und patientengerechte Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu verbessern.

Ambulante Operationen erfolgen in der Regel auf Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes, der zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen Unterlagen zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vereinbarten einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe.

Der Begriff stationsersetzender Eingriff erweiterte die geltende Regelung auf Behandlungen, die in der Regel ambulant durchführbar sind, bis dahin allerdings überwiegend (teil-) stationär erfolgten. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, werden im Katalog entsprechend gekennzeichnet.

10.1 DEFINITION

Als ambulante Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie, sowie Leistungen entsprechend den Prozeduren nach dem gültigen OPS-Katalog in Verbindung mit Anhang 2 des EBM, ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandleistungen.

10.2 AUSSCHLUSS

Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.

10.3 ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Die Abrechnung einer ambulanten Operation gemäß dem Abschnitt 31.2 des EBM ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Einerseits, müssen die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sein, und andererseits ist die Teilnahme an dem Vertrag nach § 115b SGB V durch den Vertragsarzt gegenüber der KV zu erklären. Mit der GOP sind sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, Abschlussuntersuchungen, einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach Operation, Dokumentationen und Beratungen, einschließlich des Abschlussberichtes abgegolten.

AMBULANTES OPERIEREN

10.4 KODIERBEISPIELE

Wir haben hier einige Beispiele für die Verschlüsselung mit OPS aufgeführt:

10.4.1 CHIRURGISCHE WUNDTOILETTE (WUNDDEBRIDEMENT)

5-896		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
Inkl.		Entfernung eines Systems zur Vakuumversiegelung mit gleichzeitigem Wunddebridement
Exkl.	5-850 ff.	Wunddebridement, auf Muskel, Sehne oder Faszie beschränkt
	5-869.1 ff.	Schichtenübergreifendes Wunddebridement
	5-894.2 ff.	Lokale Exzision oder lokale Kürettage von Schweißdrüsen
	5-895.6 ff.	Radikale Exzision oder radikale Kürettage von Schweißdrüsen
	8-192 ff.	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

Hinw.:

Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren. Ein Wunddebridement ist ein chirurgisches oder ultraschallbasiertes Vorgehen zur Entfernung von geschädigtem, infiziertem, minderdurchblutetem oder nekrotischem Gewebe der Haut und Unterhaut bis zum Bereich des vitalen Gewebes. Die Anwendung der Codes setzt eine Allgemein-, Regional- oder Lokalanästhesie voraus. (Ausnahme: Es liegt eine neurologisch bedingte Analgesie vor.). Bei alleiniger Oberflächenanästhesie ist ein Kode aus dem Bereich 8-192 ff. zu verwenden. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Wunde [traumatisch oder nicht traumatisch bedingte Unterbrechung des Zusammenhangs von Körpergewebe mit oder ohne Substanzverlust]. Ohne Wunde ist ein Kode aus dem Bereich 5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bzw. aus dem Bereich 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut anzuwenden

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht zu verwenden im Zusammenhang mit einer Hämatomausräumung bzw. Abszessspaltung (5-892 ff.) oder einer Primärnaht (5-900.0 ff.). Ein Wunddebridement ist bei diesen Codes bereits eingeschlossen

Die alleinige Entfernung eines Systems zur Vakuumtherapie ohne Anästhesie und Debridement ist als Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde (8-192 ff.) zu kodieren

5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-896.0**	kleinflächig, Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²
5-896.1**	großflächig
5-896.2**	Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers

AMBULANTES OPERIEREN

10.4.2 PRIMÄRER WUNDVERSCHLUSS DER HAUT

5-928	Primärer Wundverschluss der Haut und Revision einer Hautplastik bei Verbrennungen und Verätzungen
Inkl.	Ausdünnung eines Lappens

Hinw.:

Das Anlegen eines Verbandes ist gesondert zu kodieren (8-191). Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-920 zu kodieren.

5-928.0**	Primärer Wundverschluss durch Fadennaht
5-928.1**	Primärer Wundverschluss durch Klammernaht
5-928.2**	Primärer Wundverschluss durch Klebung
5-928.4**	Revision eines freien Hauttransplantates
5-928.5**	Revision einer lokalen Lappenplastik

10.4.3 URETHRO-ZYSTOZELE

5-704.0	Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele)
5-704.00	Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele) ohne alloplastisches Material
5-704.01	Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele) mit alloplastischem Material
Exkl.	Obturatorplastik und TVT (5-593.2)

Hinw.:

Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932).

10.4.4 PARTIELLE HARNBLASENRESEKTION

Hinw.:

Eine durchgeführte Augmentation der Harnblase ist gesondert zu kodieren (5-578.6)
Der Zugang ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 offen chirurgisch
- 1 laparoskopisch
- x Sonstige

5-575.0**	Teilresektion ohne Ureterneoimplantation
5-575.2**	Teilresektion mit einseitiger Ureterneoimplantation
5-575.3**	Teilresektion mit beidseitiger Ureterneoimplantation
5-575.4**	Supratrigonale Resektion ohne Ureterneoimplantation
...ff	

GLOSSAR

Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Im EBM werden arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen, arztgruppenspezifische Leistungen, arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen und Pauschalerstattungen unterschieden. Jeder Vertragsarzt kann arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen erbringen und berechnen. Dabei muss die berufsrechtliche Verpflichtung zur Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet sowie entsprechende vertragliche Bestimmungen (zum Beispiel Kinder-Richtlinien oder Früherkennungs-Richtlinien) berücksichtigt werden.

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Im EBM werden arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen, arztgruppenspezifische Leistungen, arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen und Pauschalerstattungen unterschieden. Die arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen setzen bei der Berechnung besondere Fachkunde-Nachweise, apparative Anforderungen, die Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und die in den entsprechenden Kapiteln beziehungsweise Abschnitten und Präambeln zur Voraussetzung der Abrechnung aufgeführten Kriterien voraus. Die arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen sind demnach nicht auf einzelne Arztgruppen beschränkt.

Arztfall

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b BMV-Ä bzw. in § 25 Abs. 1b EKV 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.

Behandlungsfall

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

Behandlungskomplex (Leistungskomplex)

Behandlungskomplexe sind zu berechnen, wenn die erbrachten Leistungen die Voraussetzungen für die Abrechnung des Komplexes erfüllen. Eine Komplexleistung ist abrechnungsfähig, wenn alle räumlichen, apparativen und persönlichen Voraussetzungen gegeben sind, um die obligaten als auch die fakultativen Leistungsinhalte des Komplexes erbringen zu können. Eine Berechnung von Einzelleistungen anstelle der Komplexe ist nicht statthaft. Bei Auftragsleistungen gilt diese Regelung nicht.

Die Abrechnung eines Behandlungs- bzw. Leistungskomplexes ist erst nach Abschluss der Behandlung und Erfüllung aller obligaten Leistungen, d.h. beim letzten Arzt-Patienten-Kontakt, zulässig. Eine Leistung kann auch dann berechnet werden, wenn sie zwar Teilleistung eines Leistungskomplexes ist, dieser Komplex jedoch nicht abrechnungsfähig ist. Seit dem 1. Januar 2006 ist eine Leistung oder ein Leistungskomplex auch dann abrechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie (Berichtspflicht), bei Überschreitung der Quartalsgrenze, bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Erbringung der sonstigen Leistungsinhalte der Leistung oder des Leistungskomplexes erfolgt.

Berichtspflicht

Für die meisten Leistungen gilt die sog. Berichtspflicht an den Hausarzt, auch dann, wenn der Patient primär oder auf Überweisung durch einen Facharzt erscheint. Jedoch besteht folgende Einschränkung: Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs.1b SGB V nicht erteilt, sind die Leistungen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt abrechnungsfähig. Der berichtspflichtige Arzt muss einen entsprechenden Nachweis erbringen können.

Die aktuelle Regelung zur verspäteten Berichtspflicht finden Sie beim Begriff Behandlungskomplex.

Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a BMV-Ä bzw. in § 25 Abs. 1a EKV 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.

GLOSSAR

Bewertungsausschuss / Erweiterter ...

Der Bewertungsausschuss beschließt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beziehungsweise Änderungen desselben. Dem Bewertungsausschuss gehören jeweils sieben von der KBV und von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannte Mitglieder an. Den Vorsitz führen abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss wird einberufen, wenn im Bewertungsausschuss durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Auf Verlangen mindestens zweier Mitglieder wird dann der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert, von denen jeweils zwei Mitglieder von der KBV und zwei von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt werden.

Disease Management Programme

Disease Management bezeichnet die Behandlung von Patienten anhand standardisierter Vorgaben. Diese richten sich an einzelnen Krankheitsbildern aus. Wird beispielsweise festgestellt, dass ein Patient an Diabetes leidet, ergeben sich aus der Diagnose vorgegebene Behandlungsschritte. In die öffentliche Diskussion geraten ist das Disease Management mit der Änderung der Ausgleichszahlungen aus dem morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) unter den Krankenkassen. Um chronisch Kranke zu attraktiven Versicherten zu machen, hat der Bundestag per Gesetz beschlossen, dass die Krankenkassen für sieben Volkskrankheiten Disease-Management-Programme auflegen: Diabetes mellitus Typ I/II, Koronare Herzkrankheit (KHK) + Modul Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) und Brustkrebs. Schreiben sich die Patienten in die Programme ein, kann die jeweilige Krankenkasse mehr Geld aus dem Gesundheitsfond generieren.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist ein Verzeichnis, nach dem ambulante Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Seine gesetzliche Grundlage ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und stellt ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander dar. Soweit möglich sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.

Fallzahl

Die Summe aller Abrechnungsfälle einer Arztpraxis in einem Abrechnungszeitraum. Sie wird zugrunde gelegt, um das Regelleistungsvolumen zu berechnen.

Fallpunktzahl

Die Fallpunktzahl gibt den in Punkten ausgedrückten Wert eines Behandlungsfalles an. Sie ist lediglich eine Rechengröße zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis. Die Fallpunktzahl ist innerhalb einer Arztgruppe für jeden niedergelassenen Arzt gleich.

Fakultativer Leistungsinhalt

Bei vielen Leistungen wurden obligate und fakultative Leistungsinhalte unterschieden. Die Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte ist vom Einzelfall abhängig. Sie sind Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Honorarverteilungsmaßstab

Der Honorarverteilungsmaßstab ist in § 85 SGB V gesetzlich verankert. Nach dem HVM wird die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) vereinbarte Gesamtvergütung unter den abrechnenden Kassenärzten verteilt. Er enthält u. a. Angaben über Abrechnung und Honorarauszahlungen, Verwaltungskostenabzüge, Säumnisabzüge bei verspäteter Abrechnung, Honorarbegrenzung bei überdurchschnittlicher Abrechnung usw. und gilt nur für die jeweilige KV-Region, in welcher der Abschluss stattgefunden hat.

GLOSSAR

Mengensteuerungskonzept / Regelleistungsvolumen

Im Bewertungsausschuss wurde abgestimmt, dass der EBM nur gemeinsam mit einem Konzept zur Mengensteuerung in Kraft treten soll. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zur Einführung von Regelleistungsvolumen (RLV) wurde vereinbart, die Mengensteuerung mit der RLV-Systematik zu verbinden. Ziel der Regelleistungsvolumen ist es, nach dem Gesetz Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Mengenausweitung zu treffen. Zu diesem Zweck wurden arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten vergütet werden (Regelleistungsvolumen). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte sieht der Honorarverteilungsmaßstab vor, die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten (floatenden) Punktwerten zu vergüten. (siehe auch: Arztindividuelles Regelleistungsvolumen)

Obligater Leistungsinhalt

Bei vielen Leistungen werden obligate und fakultative Leistungsinhalte unterschieden. Die obligaten Leistungsinhalte müssen vollständig erbracht werden, um die Leistung abrechnen zu können. Eine Einschränkung erfährt diese Regel gegebenenfalls nur durch und/oder- Verknüpfungen.

Arztindividuelles Regelleistungsvolumen (RLV)

Das RLV berechnet sich aus dem fachgruppenspezifischen Fallwert multipliziert mit der eigenen Scheinzahl des jeweiligen Vorjahresquartals. Der Fallwert wird in den drei Altersgruppen der Grundpauschalen gewichtet und entsprechend der arzt-spezifischen Fallzahlen und Alterszusammensetzung dann ermittelt. Diese Menge in Euro muss durch Leistungen zum Orientierungspunktwert erwirtschaftet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden zu einem abgestaffelten, und somit geringen, Restpunktwert vergütet.

Plausibilitätsprüfungen

Der Gesetzgeber verpflichtete die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 106a Abs. 1 und 2 SGB V die abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten hinsichtlich ihrer zeitlichen Plausibilität zu überprüfen. Der Bewertungsausschuss hat dazu einen Anhang 3 zum EBM beschlossen, der die für die Plausibilitätsprüfung relevanten Zeitansätze aufführt. Die Plausibilitätszeiten sind teilweise niedriger als die kalkulierten Zeiten zur ärztlichen Leistungserstellung.

Richtgröße

Wie der Name schon sagt, gibt die Richtgröße einen Wert an, an dem der Arzt sein Ordnungsverhalten im Quartal auszurichten hat. Hierbei sind aber nicht die Ordnungskosten für einen einzelnen Patienten gemeint, sondern der Durchschnittswert der Ordnungskosten über alle im Quartal behandelten Patienten. Hohe Ordnungskosten für Arznei- und Verbandmittel bei einzelnen Patienten können durch niedrige bei anderen Patienten ausgeglichen werden. Praktischer Orientierungswert für den Arzt ist häufig aber die Richtgröße pro Patient:

Richtgröße = durchschnittliches, pro Patient und Quartal zugestandenes Budget

Richtgrößen sind arztgruppenspezifisch und nach Versichertenstatus (Mitglied/Familienangehöriger oder Rentner) entsprechend der verschiedenen Behandlungsintensität und Morbidität differenziert.

Es gibt Richtgrößen jeweils für Arznei- und Verbandmittel, sowie für Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Krankengymnastik)

In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen sind häufig zwei dieser Budgetgruppen, die für Arznei-/Verbandmittel und Sprechstundenbedarf zu einer Richtgröße zusammengefasst.

Wichtig: Für Hilfsmittel gibt es keine Richtgröße (=Budget)

GLOSSAR

Richtgröße (Forts.)

Je nach KV ist die Höhe der Richtgrößen unterschiedlich sowie das Verfahren und die Umsetzung der Regressforderungen. Der Arzt muss allgemein damit rechnen, dass es bei Überschreitungen

- > 15% mit einer Prüfung
- > 25% zum Regress kommt.

Seit der Einführung des Versorgungstrukturgesetzes, muss vor der Festsetzung des ersten Regresses eine individuelle Beratung durch die Prüfstelle erfolgt sein. Die bisherige Rechtsprechung fällt hierzu unterschiedlich aus.

Der anberaumte Regressfall kann durch patientenbezogene Nennungen folgender Aspekte der Versorgung entkräftet werden:

- Die Versorgung war notwendig
- Die Versorgung war zweckmäßig
- Die Versorgung war ausreichend
- Die Versorgung war wirtschaftlich

Dies ist patientenbezogen dem Prüfungsgremium ggf. in einer Anhörung nachzuweisen.

Verwaltungskomplex

Mit dem Verwaltungskomplex wird die Ausstellung von Wiederholungsrezepten und Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt vergütet. Darüber hinaus wird hiermit die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen durch das Praxispersonal im Auftrag des Arztes abgerechnet. Beim Verwaltungskomplex findet kein direkter Arzt-Patienten-Kontakt statt, sonst müsste der Konsultationskomplex abgerechnet werden. Der Verwaltungskomplex kann mehrfach im Quartal angesetzt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass am gleichen Behandlungstag keine andere Leistung abrechnungsfähig ist.

QUELLEN/WEITERFÜHRENDE LINKS

Quellen

Dieser Ratgeber orientiert sich u.a. an den nachfolgenden Veröffentlichungen:

EBM – online: <http://www.kbv.de/html/ebm.php>

BDC online (Neuordnung der Vergütung)

Links

Kassenärztliche Bundesvereinigung

www.kbv.de

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

www.dimdi.de

Deutscher Hausärzteverband

<http://www.hausaerzteverband.de/cms/Hausarztvertraege.46.0.html>

Gemeinsamer Bundesausschuss

<https://www.g-ba.de>

Institut des Bewertungsausschusses

<http://institut-ba.de/ba.html>