



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

# **Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)**

**Stand: 1. Quartal 2025**

**Arztgruppen-EBM**

**Nervenarzt (Neurologe, Psychiater)**

## Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen. . . . .	11
1	Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur. . . . .	11
1.1	Bezug der Allgemeinen Bestimmungen. . . . .	11
1.2	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche. . . . .	11
1.2.1	Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen	12
1.2.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe. . .	12
1.3	Qualifikationsvoraussetzungen. . . . .	12
1.4	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen. .	12
1.5	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen. . . . .	12
1.6	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . .	13
1.7	Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung. . . . .	13
1.8	Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen. . . . .	13
1.9	Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen. . . . .	13
2	Erbringung der Leistungen. . . . .	13
2.1	Vollständigkeit der Leistungserbringung. . . . .	13
2.1.1	Fakultative Leistungsinhalte. . . . .	14
2.1.2	Unvollständige Leistungserbringung. . . . .	14
2.1.3	Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen. . . . .	15
2.1.4	Berichtspflicht. . . . .	15
2.1.5	Ausnahme von der Berichtspflicht. . . . .	16
2.1.6	Beauftragung zur Erbringung von in Pauschalen enthaltenen Teilleistungen. . . . .	16
2.2	Persönliche Leistungserbringung. . . . .	17
2.3	Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute. . . . .	17
3	Definition der Abrechnungsbestimmungen. . . . .	17
3.1	Behandlungsfall. . . . .	17
3.2	Krankheitsfall. . . . .	17
3.3	Betriebsstättenfall. . . . .	17
3.4	Arztfall. . . . .	18
3.5	Arztgruppenfall. . . . .	18
3.6	Zyklusfall. . . . .	18
3.7	Reproduktionsfall. . . . .	18
3.8	Zeiträume/Definitionen. . . . .	18
3.8.1	Kalenderjahr. . . . .	18
3.8.2	Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag. . . . .	18
3.8.3	Im Zeitraum von X Tagen. . . . .	18
3.8.4	Im Zeitraum von X Wochen. . . . .	18
3.8.5	Behandlungstag. . . . .	19
3.8.6	Quartal. . . . .	19
3.8.7	Der letzten vier Quartale. . . . .	19
3.9	Weitere Abrechnungsbestimmungen. . . . .	19
3.9.1	Je vollendete nn Minuten. . . . .	19

3.9.2	Je Bein, je Sitzung. . . . .	19
3.9.3	Je Extremität, je Sitzung. . . . .	19
3.9.4	Gebührenordnungspositionen mit "bis" verknüpft. . . . .	19
4	Berechnung der Gebührenordnungspositionen. . . . .	20
4.1	Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. . . . .	20
4.2	Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . . .	20
4.2.1	Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität. . . . .	21
4.3	Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung. . . . .	21
4.3.1	Arzt-Patienten-Kontakt. . . . .	22
4.3.2	Räumliche und persönliche Voraussetzungen. . . . .	24
4.3.3	Mindestkontakte. . . . .	24
4.3.4	Arztpraxisübergreifende Tätigkeit. . . . .	24
4.3.5	Altersgruppen. . . . .	24
4.3.5.1	Für Altersangaben gilt: . . . . .	25
4.3.6	Labor. . . . .	25
4.3.7	Operative Eingriffe. . . . .	25
4.3.8	Fachärztliche Grundversorgung. . . . .	25
4.3.9	Ärztliche Zweitmeinung. . . . .	26
4.3.9.1	Einleitung der Zweitmeinung. . . . .	26
4.3.9.2	Berechnung der Zweitmeinung. . . . .	26
4.3.9.3	Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens	27
4.3.10	Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte. . . . .	27
4.3.10.1	Terminservicestellen-Terminfall. . . . .	27
4.3.10.2	Terminservicestellen-Akutfall. . . . .	28
4.3.10.3	Hausarztvermittlungsfall. . . . .	29
4.4	Abrechnungsausschlüsse. . . . .	30
4.4.1	Nicht neben/nicht nebeneinander. . . . .	30
4.4.2	Zuschlag. . . . .	30
5	Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte. . . . .	30
5.1	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. . . . .	30
5.2	Kennzeichnungspflicht. . . . .	31
5.3	Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen. . . . .	31
6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben. . . . .	31
6.1	Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale. . . . .	31
6.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. . . . .	31
6.2.1	Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3. . . . .	32
6.3	Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung. . . . .	32
7	Kosten. . . . .	32
7.1	Enthaltene Kosten. . . . .	32
7.2	Nicht berechnungsfähige Kosten. . . . .	33
7.3	Nicht enthaltene Kosten. . . . .	33
7.4	Berechnung von nicht enthaltenen Kosten. . . . .	33

II	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen. . . . .	33
1	Allgemeine Gebührenordnungspositionen. . . . .	33
1.1	Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten. . . . .	33
1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst. . . . .	35
1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute. . . . .	43
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebspende. . . . .	45
1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge. . . . .	57
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien. . . . .	63
1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, HIV-Präexpositionsprophylaxe und RSV-Prophylaxe. . . . .	74
1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. . . . .	75
1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen. . . . .	76
1.7.4	Mutterschaftsvorsorge. . . . .	76
1.7.6	Sterilisation. . . . .	78
1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit. . . . .	80
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . . .	85
2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen. . . . .	85
2.2	Tuberkulintestung. . . . .	87
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen. . . . .	87
2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . . .	99
III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen. . . . .	100
III.b	Fachärztlicher Versorgungsbereich. . . . .	100
12	Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen. . . . .	101
12.2	Laboratoriumsmedizinische Pauschalen. . . . .	101
16	Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen. . . . .	102
16.1	Präambel. . . . .	102
16.2	Neurologische Grundpauschalen. . . . .	104
16.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . . .	105
21	Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater). . . . .	112
21.1	Präambel. . . . .	112
21.2	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen. . . . .	113
21.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. . . . .	115
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . . .	121
30	Spezielle Versorgungsbereiche. . . . .	121

30.1	Allergologie. . . . .	121
30.1.1	Allergologische Anamnese. . . . .	122
30.1.2	Allergie-Testungen. . . . .	122
30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung. . . . .	124
30.2	Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie. . . . .	126
30.2.1	Manuelle Medizin. . . . .	126
30.3	Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien. . . . .	126
30.3.1	Neurophysiologische Übungsbehandlung. . . . .	126
30.3.2	Tumortheraiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms. . . . .	128
30.4	Physikalische Therapie. . . . .	129
30.6	Proktologie. . . . .	133
30.7	Schmerztherapie. . . . .	134
30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	136
30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen. . . . .	140
30.7.3	Körperakupunktur. . . . .	145
30.8	Soziotherapie. . . . .	146
30.9	Schlafstörungsdiagnostik. . . . .	148
30.12	Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA.	152
30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA). . . . .	153
30.12.2	Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA). . . . .	157
30.13	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung. . . . .	157
31	Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen. . . . .	161
31.2	Ambulante Operationen. . . . .	162
31.2.1	Präambel. . . . .	162
31.2.2	Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche. . . . .	164
31.2.3	Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie. . . . .	169
31.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken. . . . .	171
31.2.5	Definierte endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien). . . . .	174
31.2.6	Operative visceralchirurgische Eingriffe. . . . .	177
31.2.7	Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. . . . .	183
31.2.8	Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie. . . . .	191
31.2.9	Eingriffe der HNO-Chirurgie. . . . .	193
31.2.10	Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie. . . . .	195
31.2.11	Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem. .	200
31.2.12	Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie. . . . .	207
31.2.13	Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie. . . . .	212
31.2.20	Förderung der Ambulantisierung. . . . .	225
31.3	Postoperative Überwachungskomplexe. . . . .	227
31.3.1	Präambel. . . . .	228
31.3.2	Postoperative Überwachungskomplexe. . . . .	228



34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie. . . . .	386
34.1	Präambel. . . . .	386
34.2	Diagnostische Radiologie. . . . .	387
34.2.1	Schädel, Halsweichteile. . . . .	387
34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie. . . . .	388
34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n). . . . .	389
34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens. . . . .	391
34.2.5	Urogenitalorgane. . . . .	394
34.2.6	Gangsysteme. . . . .	395
34.2.7	Mammographie. . . . .	396
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen. . . . .	397
34.2.9	Gefäße. . . . .	398
34.3	Computertomographie. . . . .	404
34.3.1	Neurocranium, Untersuchungen der Wirbelsäule. . . . .	404
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile. . . . .	405
34.3.3	Thorax. . . . .	406
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken. . . . .	406
34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke. . . . .	407
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT. . . . .	408
34.3.7	Computertomographie-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL. . . . .	409
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie. . . . .	410
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule. . . . .	411
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile. . . . .	411
34.4.3	Thorax. . . . .	412
34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken. . . . .	413
34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke. . . . .	414
34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT. . . . .	415
34.4.7	MRT-Angiographien. . . . .	416
34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen. . . . .	419
34.6	Osteodensitometrie. . . . .	422
34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT). . . . .	423
34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil). . . . .	429
35	Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie. . . . .	432
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen. . . . .	432
35.2	Antragspflichtige Leistungen. . . . .	444
35.2.1	Einzeltherapien. . . . .	447
35.2.2	Gruppentherapien. . . . .	455
35.2.3	Zuschläge. . . . .	463
35.2.3.1	Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2. . . . .	463

35.2.3.2	Zuschläge für Kurzzeittherapie. . . . .	464
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren. . . . .	465
36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich. . . . .	467
36.1	Präambel. . . . .	468
36.2	Belegärztliche Operationen. . . . .	468
36.2.1	Präambel. . . . .	468
36.2.2	Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche. . . . .	470
36.2.3	Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie. . . . .	474
36.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken. . . . .	476
36.2.5	Definierte endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien). . . . .	479
36.2.6	Operative visceralchirurgische Eingriffe. . . . .	481
36.2.7	Eingriffe der Thorax- und Gefäßchirurgie. . . . .	486
36.2.8	Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. . . . .	490
36.2.9	Eingriffe der HNO-Chirurgie. . . . .	491
36.2.10	Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie. . . . .	493
36.2.11	Definierte Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem. . . . .	497
36.2.12	Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie. . . . .	502
36.2.13	Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie. . . . .	506
36.3	Postoperative Überwachungskomplexe. . . . .	514
36.3.1	Präambel. . . . .	514
36.3.2	Postoperative Überwachungskomplexe. . . . .	514
36.5	Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2. . . . .	517
36.5.1	Präambel. . . . .	517
36.5.2	Regionalanästhesien durch den Operateur. . . . .	518
36.5.3	Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2. . . . .	519
36.6	Belegärztlich konservativer Bereich. . . . .	528
36.6.1	Präambel. . . . .	528
36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen. . . . .	529
36.6.3	Nicht operativ - belegärztliche Gebührenordnungspositionen. . . . .	529
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL, der AKI-RL und der LongCOV- RL. . . . .	530
37.2	Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV- Ä. . . . .	530
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä. . . . .	532
37.4	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	537
37.5	Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL). . . . .	537
37.7	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL. . . . .	541
37.8	Spezifische Versorgung gemäß der Long-COVID-Richtlinie. . . . .	544
38	Delegationsfähige Leistungen. . . . .	547



38.1	Präambel. . . . .	547
38.2	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern. . . . .	549
38.3	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten. . . . .	550
V	Kostenpauschalen. . . . .	552
40	Kostenpauschalen. . . . .	552
40.1	Präambel. . . . .	552
40.3	Kostenpauschalen für Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik. . . . .	552
40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax. . . . .	556
40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen. . . . .	560
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen. . . . .	561
40.7	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen. . . . .	562
40.8	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe. . . . .	562
40.9	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/ Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren. . . . .	563
40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide. . . . .	563
40.11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe. . . . .	568
40.12	Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe. . . . .	568
40.13	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen. . . . .	569
40.14	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren. . . . .	569
40.16	Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie- Screening. . . . .	577
40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie. . . . .	577
VI	Anhänge. . . . .	579
1	Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen. . . . .	580
3	Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V. . . . .	621
4	Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen. . . . .	735
5	Verzeichnis der im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen. . . . .	738
6	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über 739	

	die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV- RL) . . . . .	
8	Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503. . .	772

# I Allgemeine Bestimmungen

## 1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

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

### 1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

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

### 1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind nachfolgenden Bereichen zugeordnet:

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

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

### **1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen**

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

### **1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe**

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

### **1.3 Qualifikationsvoraussetzungen**

Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Tätigkeit auf das Fachgebiet zu beschränken, für das er zugelassen ist. Hiervon ausgenommen sind die unter 4.2.1 genannten Fälle sowie die in den Präambeln der einzelnen Fachgruppen geregelten Ausnahmen. Gleiches gilt für angestellte Ärzte. Gebührenordnungspositionen, deren Durchführung und Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die durchgeführten Leistungen seines angestellten Arztes gemäß § 14a Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) auf der Basis des Beschlusses der Zulassungsgremien berechnen. Satz 3 und Satz 4 gelten entsprechend.

### **1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

### **1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten berechnet werden, sofern sie die dort

aufgeführten Kriterien erfüllen oder einen Arzt angestellt haben, der die dort aufgeführten Kriterien erfüllt.

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

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

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

### **1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung**

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

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

### **1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen**

Für die Versendung bzw. den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichte entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 oder individuellen Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

### **1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen**

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

## **2 Erbringung der Leistungen**

### **2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung**

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte**

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

### **2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung**

Eine Gebührenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden. In-vitro-diagnostische Leistungen, die kein für die Befunderstellung verwertbares Ergebnis liefern, gelten als nicht vollständig erbrachte Leistungen und sind nicht berechnungsfähig. Zur Herstellung der Vollständigkeit einer in-vitro-diagnostischen Leistung erforderliche Wiederholungsuntersuchungen sind nicht gesondert berechnungsfähig.

### **2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen**

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

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

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

### **2.1.4 Berichtspflicht**

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

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erbracht: 02311, 02312, 02313,

07310, 07311, 07320, 07330, 08310, 13250, 13300, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 13701, 14313, 14314, 16230, 16231, 16232, 16233, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 21230, 21231, 21233, 30110, 30111, 30702, 30704 und 30901. Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die Erstellung und Versendung entweder

- eines Berichtes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. eines Briefes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt

oder

- einer Kopie des an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichtes bzw. Briefes an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01602

zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

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

01722, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01793, 01794, 01795, 01796, 01830, 01831, 01841, 01842, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08575, 08576, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30810, 30811 und 30900 sowie der Gebührenordnungsposition der Kapitel 11, 17, 25, 33 und 34.

### **2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht**

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

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

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen



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

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

## **2.2 Persönliche Leistungserbringung**

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

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

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

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

# **3 Definition der Abrechnungsbestimmungen**

## **3.1 Behandlungsfall**

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

## **3.2 Krankheitsfall**

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

## **3.3 Betriebsstättenfall**

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

### **3.4 Arztfall**

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

### **3.5 Arztgruppenfall**

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

### **3.6 Zyklusfall**

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

### **3.7 Reproduktionsfall**

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

### **3.8 Zeiträume/Definitionen**

#### **3.8.1 Kalenderjahr**

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

#### **3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag**

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

#### **3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen**

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

#### **3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen**

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in der aktuellen Woche (beginnend mit dem Tag der Durchführung des

Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition) sowie den X - 1 nachfolgenden Wochen. Die Woche umfasst den Zeitraum von 7 Tagen, beginnend um 0:00 Uhr an dem Tag an dem die Leistung durchgeführt wird, bis zum 7. Tag 24:00 Uhr.

### **3.8.5 Behandlungstag**

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

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

### **3.8.6 Quartal**

Unterteilung eines Kalenderjahres in 4 Kalendervierteljahre.

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

### **3.8.7 Der letzten vier Quartale**

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

## **3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen**

### **3.9.1 Je vollendete nn Minuten**

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

### **3.9.2 Je Bein, je Sitzung**

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

### **3.9.3 Je Extremität, je Sitzung**

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

### **3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft**

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

## 4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

### 4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

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

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

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.

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

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

### 4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

Gebührenordnungspositionen mit diagnostischem und/oder therapeutischem Leistungsinhalt sind als Einzelleistungen, Leistungskomplexe oder Zusatzpauschalen beschrieben. Mit

Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Vertragsarztes und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

#### **4.2.1 Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität**

Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt sind bei Intersexualität oder Transsexualität entsprechend dem geschlechtsorganbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung berechnungsfähig. Für Versicherte gemäß Satz 1 dieser Bestimmung ist bei Urethro(-zysto)skopien die Gebührenordnungsposition 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen. Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach dem Geschlecht der Versicherten richtet (z. B. Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen nach den Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748), sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung der Versicherten nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht für die Leistung entspricht.

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

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

#### **4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung**

### 4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

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

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

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

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

- 10 % für die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212.

Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.

2. Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 und 4.3.10 und den Präambeln 3.1 Nr. 8, 4.1 Nr. 4 und 4.1 Nr. 11 erfolgen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.
3. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 01641, 03020, 04020, 05215, 05227, 06215, 06227, 07215, 07227, 08215, 08227, 09215, 09227, 10215, 10227, 11215, 12215, 13215, 13227, 13295, 13297, 13345, 13347, 13395, 13397, 13495, 13497, 13546, 13547, 13595, 13597, 13645, 13647, 13695, 13697, 14215, 14217, 15215, 16214, 16218, 17215, 18215, 18227, 19215, 20215, 20227, 21222, 21227, 21228, 22215, 22219, 23215, 24215, 25215, 26215, 26227, 27215, 27227, 30701, 30703 und 32001 sind nicht berechnungsfähig.
4. Die um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierte Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ist im Behandlungsfall nicht neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (s. Allgemeine Bestimmung 4.1) berechnungsfähig.
5. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88220 nachzuweisen.
6. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 30 % aller Behandlungsfälle des Vertragsarztes begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst nicht zu berücksichtigen. Gebührenordnungspositionen, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, unterliegen einer Obergrenze. Die Obergrenze beträgt 30 % je berechneter Gebührenordnungsposition je Vertragsarzt und Quartal. Abweichend hiervon bezieht sich die Obergrenze bei Leistungen des Kapitels 35 auf das Punktzahlvolumen aller vom Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten berechneten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35, die entsprechend ihrer Leistungsbeschreibung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden können, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 35152. Für die Gebührenordnungsposition 35152 beträgt die Obergrenze gemäß Absatz 6 Satz 1 und 2 30% je Vertragsarzt und Quartal. Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst sind bei Anwendung der Obergrenze nicht zu berücksichtigen.  
Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen durchgeführt werden.  
Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die

Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

Bei den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung mindestens drei oder mehr persönliche bzw. andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt, kann ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen.

#### **4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen**

Die Berechnung von Gebührenordnungspositionen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Die apparative Ausstattung zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte ist beim Vertragsarzt erfüllt, wenn er über die Möglichkeit der Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte verfügt und diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachweisen kann. Für Ärzte, die ausschließlich im Status eines angestellten Arztes tätig sind, gilt diese Regelung nur für die Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Für die in den Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen und die in Anhang 1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

#### **4.3.3 Mindestkontakte**

Gebührenordnungspositionen, die eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall voraussetzen, sind auch berechnungsfähig, wenn die Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Arztfall stattfindet.

Behandlungs-, krankheits- oder arztfallbezogene Leistungskomplexe und Pauschalen sind nur mit mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben.

#### **4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit**

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

#### **4.3.5 Altersgruppen**



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

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

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

#### **4.3.5.1 Für Altersangaben gilt:**

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

#### **4.3.6 Labor**

Die Gebührenordnungspositionen 01437, 01698, 01700, 01701, 12222 bis 12224 und 32001 sind bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechnungsfähig.

#### **4.3.7 Operative Eingriffe**

1. Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm<sup>2</sup>, lokal: bis 4 cm<sup>2</sup> oder bis zu 1 cm<sup>3</sup>, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>. Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
4. Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition des Operateurs zu berechnen. Führen Ärzte gemäß Präambel 3.1 bzw. 4.1 die postoperative Behandlung durch, ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31600 zu berechnen.

#### **4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung**

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

#### **4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung**

##### **4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung**

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

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

##### **4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung**

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

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

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

Bei Durchführung einer Videosprechstunde in Zusammenhang mit der Zweitmeinung gelten die Vorgaben gemäß 4.3.1 der Allgemeinen

Bestimmungen Absatz 5 Nr. 6 und Absatz 6 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

#### **4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens**

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

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

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

#### **4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte**

##### **4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall**

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

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

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

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt

oder

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.4 Abrechnungsausschlüsse**

##### **4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander**

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.

##### **4.4.2 Zuschlag**

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

## **5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte**

### **5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen**

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

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

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

Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, erfolgt der Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

## 5.2 Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu kennzeichnen.

## 5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen

Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 neben den Gebührenordnungspositionen 05330 und 05331 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 bzw. der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.5.3 beziehen sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Bei Erbringung der Gebührenordnungsposition durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen findet dieser Ausschluss, auch in (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung.

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

## 6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

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

## 6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen eines Vertragsarztes, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, richtet sich - mit Ausnahme der Versicherten- bzw. Grundpauschale (s. 6.1) -

unter Berücksichtigung von 1.3 dieser Bestimmungen nach den berechnungsfähigen Leistungen der Gebiete, in denen er seine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dies gilt gemäß 2.1.3 nicht für inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.

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

Abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 - mit Ausnahme der Grundpauschalen - durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben Arztfall berechneten Gebührenordnungsposition der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 möglich. Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert.

### **6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung**

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

## **7 Kosten**

### **7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten**

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

- Allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets,
- Kosten für Filmmaterial,
- Versand- und Transportkosten, insbesondere Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Telefaxen, digitalen Befunddatenträgern sowie Kosten für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen,



Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses.

In den Gebührenordnungspositionen in-vitro-diagnostischer Untersuchungen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - enthalten:

- Kosten für Laborgeräte, Reagenzien, allgemeiner und spezieller Laborbedarf sowie allgemeine Praxiskosten zur Durchführung der In-vitro-Diagnostik.

### **7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten**

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig. Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung sind nicht berechnungsfähig, sofern in den Präambeln und Gebührenordnungspositionen des EBM nichts anderes bestimmt ist.

### **7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten**

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

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält,
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln.

### **7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten**

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

## **II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

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

## **1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen**

### **1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten**

- 01100 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten 24,29 €  
196 Punkte
- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
  - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr
- Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.*
- Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.*
- Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.*
- 
- 01101 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten 38,79 €  
313 Punkte
- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
  - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr
- Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.*
- Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.*
- Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.*
- 
- 01102 **Inanspruchnahme** des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr 12,52 €  
101 Punkte

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

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

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

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

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

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Nr. 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.
2. Bei der ersten persönlichen Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Die Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212 sind im organisierten Not(-fall)dienst zudem auch bei erster Inanspruchnahme im Rahmen einer Videosprechstunde entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall berechnungsfähig. Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall ist die Gebührenordnungsposition 01214, 01216 bzw. 01218 zu berechnen. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst die Gebührenordnungsposition 01205 oder 01207 berechnet, sind die Gebührenordnungspositionen 01214, 01216 und 01218 nur mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.
3. Neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig.
4. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen die Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01223, 01224 und 01226 nur berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung

durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
6. Sofern im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2015 nicht für alle Behandlungsfälle des Quartals die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahmen gemäß Nr. 5 im organisierten Not(-fall)dienst oder von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern bei Inanspruchnahmen in diesem Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt ist bzw. nachgewiesen werden kann, wird abweichend von Nr. 2 für alle Behandlungsfälle in diesem Quartal die erste Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst wie folgt bewertet: 01.01.2008 bis 31.12.2008: 430 Punkte, 01.01.2009 bis 30.09.2013: 475 Punkte, 01.10.2013 bis 31.03.2015: 168 Punkte.
7. Wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, ist die Gebührenordnungsposition 01205 bzw. 01207 zu berechnen.
8. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung bedürfen. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 können nur bei Erfüllung mindestens einer der nachfolgenden gesicherten Behandlungsdiagnosen berechnet werden:
  - Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus,
  - Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70),
  - Akute tiefe Beinvenenthrombose,
  - Hypertensive Krise,
  - Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9),
  - Pneumonie,
  - Akute Divertikulitis.In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.
9. Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei
  - Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindernoder
  - Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener

Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

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

und/oder

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

**01205 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme**

5,58 €  
45 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal im Behandlungsfall

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

*Neben der Gebührenordnungsposition 01205 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.*

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

37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.

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

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

- |       |   |                     |
|-------|---|---------------------|
| 01207 | <b>Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme</b> | 9,91 €<br>80 Punkte |
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages</li> <li>- ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.</li> </ul>                                  |                     |

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Gemäß der Nr. 7 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2 ist die Gebührenordnungsposition 01207 zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 01207 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01207 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.*

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

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

- 01210 Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 14,87 €  
120 Punkte
- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser
- oder
- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
  - Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),
- einmal im Behandlungsfall
- Neben der Gebührenordnungsposition 01210 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.*
- Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01212 berechnungsfähig.*
- 01212 Notfallpauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 24,17 €  
195 Punkte
- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages

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

*Obligater Leistungsinhalt*

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

oder

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

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

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

6,20 €  
50 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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



*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

**01220 Reanimationskomplex**

127,28 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1027 Punkte

- Künstliche Beatmung und/oder extrathorakale Herzmassage

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.*

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

**01221 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220**

25,16 €

*Obligater Leistungsinhalt*

203 Punkte

- Koniotomie
- und/oder
- Endotracheale Intubation(en)

*Die Gebührenordnungsposition 01221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344 und 05372*

*und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.*

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

- 01222 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01220 35,69 €  
288 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Elektrodefibrillation(en)  
und/oder  
- Elektrostimulation(en) des Herzens  
  
*Die Gebührenordnungsposition 01222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 05372 und 13551 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01222 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*
- 01223 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 15,86 €  
128 Punkte  
einmal im Behandlungsfall  
  
*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01223 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01223 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*
- 01224 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 24,17 €  
195 Punkte  
einmal im Behandlungsfall  
  
*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01224 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01224 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01224 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01226 berechnungsfähig.*
- 01226 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 11,15 €  
90 Punkte  
einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

### **1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute**

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

01320 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind 11,40 €  
92 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

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

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01320 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

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

01321 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können

19,71 €  
159 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Ein Besuch / eine Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch berechnungsfähig.
2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Gebührenordnungsposition 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind,

- Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25, 26 und/oder 27 abzurechnen.
4. Bei durchgängiger Behandlung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V nach Ablauf des Versorgungszeitraumes der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist erneut eine Erstverordnung auszustellen.
  5. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01418 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
  6. Die Gebührenordnungspositionen 01442, 01444 und 01450 können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Videodiensteanbieters für die Arztpraxis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
  7. Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 und/oder 4 abzurechnen.
  8. Die Gebührenordnungsposition 01474 kann ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.

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

26,27 €  
212 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01410 im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie oder im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 01410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01411 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.*

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

58,13 €  
469 Punkte

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

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01411 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

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

- 01412 **Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt 77,58 €  
626 Punkte
- Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr  
oder
  - Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr  
oder
  - Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume  
oder
  - Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

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

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

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

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

- 01413 **Besuch eines weiteren Kranken** in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal 13,14 €  
106 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418

*Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01102 berechnungsfähig, wenn die*

*Inanspruchnahme nach der Nr. 01413 in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.*

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

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

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

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

10,78 €  
87 Punkte

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

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

67,67 €  
546 Punkte

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

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

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

01418 **Besuch im organisierten Not(-fall)dienst**

96,42 €  
778 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 01418 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01415, 01721, 01949, 01950, 01953, 01955 und 05230 berechnungsfähig.*



- 01420 **Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** 11,65 €  
94 Punkte
- 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 Gebührenordnungsposition 01420 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bei einer Folgeverordnung häuslicher Krankenpflege auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01420 setzt die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständigen Krankenkassen voraus.*
- 01422 **Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** 18,47 €  
149 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau,
  - Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
  - Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung,
  - Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anleitung der relevanten Bezugspersonen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung,
  - Koordinierende Gespräche mit den einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur verordnungs- und berechnungsfähig für Indikationen und bei Vorliegen von Störungen und Einbußen nach*

*Maßgabe des § 4 Abs. 8 bis 10 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01422 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01424 berechnungsfähig.*

01424 **Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** 19,09 €  
154 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
- Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung,
- Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Begründung bei einem Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten gemäß Nr. 27 a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

zweimal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 01424 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur ordnungs- und berechnungsfähig für Indikationen und bei Vorliegen von Störungen und Einbußen nach*

*Maßgabe des § 4 Abs. 8 bis 10 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.*

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

*Sofern eine Einschätzung der Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in dem 14-tägigen Zeitraum der Erstverordnung nicht möglich ist, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 01424 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01422 berechnungsfähig.*

01425	<b>Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b> gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V	31,36 € 253 Punkte
01426	<b>Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b> gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V, höchstens zweimal im Behandlungsfall	18,84 € 152 Punkte
01430	<b>Verwaltungskomplex</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder - Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder - Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen  <i>Die Gebührenordnungsposition 01430 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.</i> <i>Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.</i>	1,49 € 12 Punkte
01431	<b>Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 für ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i>	0,37 € 3 Punkte

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01431 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.*

*Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01431 nicht berechnungsfähig.*

#### 01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

10,91 €  
88 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

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

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01435 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01431, 40128 und 40129 - nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.*

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

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

#### 01436 Konsultationspauschale

2,23 €  
18 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

und/oder

- Diagnostik einer/von Erkrankungen eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1, ggf. in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und/oder 31.5, ggf. in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4

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

*Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.*

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

- 01437 Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3,**  
einmal im Behandlungsfall

0,62 €  
5 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 01437 wird ab dem 14001. Behandlungsfall mit 1 Punkt je Behandlungsfall bewertet.*

*Die Abstufungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 01437 sind für die in der Gebührenordnungsposition 01437 genannten Ärzte einer Arztpraxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.*

*Sofern ein Vertragsarzt im Quartal als Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ausschließlich die Gebührenordnungsposition 01437 abrechnet und in einer Arztpraxis gemeinsam mit den in der Präambel 12.1 Nummer 1 genannten Vertragsärzten tätig ist, ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach den Gebührenordnungspositionen 12222 und 12223 anzuwenden. Die Gebührenordnungsposition 01437 ist nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.*

*Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01700, 01701, 12210 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.*

01440 **Verweilen außerhalb der Praxis** ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen, wegen der Erkrankung erforderlich, je vollendete 30 Minuten 43,62 €  
352 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 01440 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01416, 01500, 01501, 01852, 01856, 01903, 01913, 05210 bis 05212, 05230, 05310, 05311, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 08410, 30708, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

01442 **Videofallkonferenz mit der / den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 10,66 €  
86 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 01442 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig.*

**01444 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und zu den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01320, 01321, 25214, 30700 und 37706 für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten gemäß Anlage 4b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durch das Praxispersonal** 1,24 €  
10 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

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

einmal im Behandlungsfall

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

**01450 Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01320, 01321, 01442, 01670 bis 01672, 01682, 25214, 30210, 30700, 30706, 30932, 30933, 30948, 34371, 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152, 35173 bis 35178, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718, 35600, 35601, 37120, 37320, 37400, 37550, 37700, 37706, 37720, 37804 und 37806 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen** 4,96 €  
40 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01450 ist als Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01442, 30210, 30706, 30948, 34371, 37120, 37320, 37400, 37550, 37720 und 37804 ausschließlich berechnungsfähig, sofern die Fallkonferenz bzw. Fallbesprechung als Videofallkonferenz durchgeführt wird, die die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der die Videofallkonferenz initiiert, berechnungsfähig. Dabei gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Vertragsarzt und je Videofallkonferenz.*

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

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

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



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

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

- 01471 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,93 €  
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

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

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

- 01474 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V bei folgenden Indikationen:** 7,93 €  
64 Punkte

- Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (Modul Agora)

oder

- Panikstörung (Modul Panik)

oder

- Soziale Phobien (Modul Sozial),

je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

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

- 01478 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Lutera gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,93 €  
64 Punkte

einmal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 01478 ist ausschließlich bei männlichen Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.*

### 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu

- bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen abrechnet.
2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 sind bei kurativstationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.
  3. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 sind ausschließlich im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM berechnungsfähig. Sofern in einer Leistung nach einer Gebührenordnungsposition der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM bereits eine Nachbeobachtung enthalten ist, ist gemäß der jeweiligen Vorgabe in Spalte 3 des Anhangs 8 EBM lediglich die Gebührenordnungsposition 01502 oder 01503 berechnungsfähig.
  4. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01502, 01500 und 01503, 01501 und 01502 und 01501 und 01503 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert der Abrechnungshäufigkeit je Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition aus Spalte 1 des Anhangs 8 EBM. Bei mehreren Indikationen zur Nachbeobachtung oder Überwachung in einer Sitzung ist der Höchstwert mit der größten Stundenzahl für die Berechnungsfähigkeit maßgeblich.
  5. Für die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 nur berechnungsfähig, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

**01500 Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8** 12,52 €  
101 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beobachtung,
- Dauer 30 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überwachung der Vitalparameter,  
einmal am Behandlungstag

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

**01501 Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8** 17,47 €  
141 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),

einmal am Behandlungstag

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

01502 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8,** 8,68 €  
70 Punkte

je vollendete 30 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 01502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02101, 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 30320 bis 30323 und 30326 berechnungsfähig.*

01503 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8,** 13,26 €  
107 Punkte

je vollendete 30 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 01503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02101, 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 30320 bis 30323 und 30326 berechnungsfähig.*

**Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung***Obligater Leistungsinhalt*

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathetersystem

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB

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

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines kachektischen Patienten mit konsumierender Erkrankung während enteraler Ernährung über eine Magensonde oder Gastrostomie (PEG) in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en)

01510 Dauer mehr als 2 Stunden	54,90 € 443 Punkte
01511 Dauer mehr als 4 Stunden	108,07 € 872 Punkte
01512 Dauer mehr als 6 Stunden	160,99 € 1299 Punkte

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

*Für die Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe sind nur die Gebührenordnungspositionen 01510 und 01511 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512 sind zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie) nur berechnungsfähig, sofern aufgrund der hohen Einzeldosierung eine Infusionsdauer von über 2 Stunden erreicht wird. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen bei diesen*

*Indikationen setzt die Angabe der Einzeldosierung, des Körpergewichts des Patienten und der Infusions- und Überwachungsdauer voraus.*

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

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

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

### **Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa und/oder Olipudase alfa und/oder Patisiran und/oder einer Enzyersatztherapie bei Morbus Fabry gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überwachung der Vitalparameter

01540 Dauer mehr als 2 Stunden	47,84 € 386 Punkte
01541 Dauer mehr als 4 Stunden	77,46 € 625 Punkte
01542 Dauer mehr als 6 Stunden	119,10 € 961 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01540, 01541 und 01542 setzt die Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen*

*Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus.*

*Für die Behandlung mit Patisiran ist nur die Gebührenordnungsposition 01540 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01540 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01541 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01541 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540, 01542 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01542 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540, 01541, 01543 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

### **Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod oder Etrasimod

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überwachung der Vitalparameter

01543 Dauer mehr als 2 Stunden	38,54 € 311 Punkte
01544 Dauer mehr als 4 Stunden	68,16 € 550 Punkte
01545 Dauer mehr als 6 Stunden	109,68 € 885 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01543, 01544 und 01545 setzt die Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe,*

*Körpergewicht) und der Überwachungsdauer (z. B. bei kardialen Vorerkrankungen) voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 01543 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01542, 01544, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01545 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01544, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01544 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01543, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

## **1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien**

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
2. Zweitschriften und alle weiteren als der erste Ausdruck EDV-gespeicherter Dokumentationen von Berichten und Arztbriefen mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01602 sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. Die für Reproduktion und Versendung entstandenen Kosten können nach den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen geltend gemacht werden.
4. Bei Probenuntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 nicht berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungsposition 01640 ist von Vertragsärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen.
6. Die Gebührenordnungsposition 01650 kann ausschließlich von
  - Fachärzten im Gebiet Chirurgie,

- Fachärzten für Orthopädie,
  - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - Fachärzten für Urologie
- berechnet werden.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 setzt voraus, dass
- eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegt, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt, Konsiliarzahnarzt oder Konsiliarpsychotherapeuten eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegt
- oder
- eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt oder Konsiliarpsychotherapeuten desselben Fachgebietes eingeholt wird.
8. Falls die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 im Rahmen eines Videokonsiliums unter Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden, stellt dies keinen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä dar.
9. Die Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis oder innerhalb einer Apparategemeinschaft ist nicht berechnungsfähig.
10. Die Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 sind neben Vertragsärzten auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese bzw. die Fachrichtung des Krankenhauses nach der Gebührenordnungsposition 01670 telekonsiliarisch beauftragt wurden.

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

6,82 €  
55 Punkte

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.*



*Die Gebührenordnungsposition 01600 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

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

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

**01601 Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information** 13,38 €  
des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. 108 Punkte  
Krankheitszustand des Patienten

*Obligater Leistungsinhalt*

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

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01601 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

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

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

**01602 Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z. B. Kopie)** 1,49 €  
**eines Berichtes oder Briefes** nach den Gebührenordnungspositionen 12 Punkte  
01600, 01601, 01794, 01841 oder 08575 an den Hausarzt gemäß § 73  
Abs. 1b SGB V

*Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztrechnungsnummer oder der Name des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 01602 für die Kopie eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt ist nur berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an einen anderen Arzt erfolgt ist.*

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

01610 **Bescheinigung** zur Feststellung der Belastungsgrenze (**Muster 55**) 1,74 €  
14 Punkte

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

01611 **Verordnung von medizinischer Rehabilitation** unter Verwendung des Vordrucks **Muster 61** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V 39,04 €  
315 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 01611 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 1b der Rehabilitations-Richtlinie auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

01612 **Konsiliarbericht** eines Vertragsarztes **vor Aufnahme einer Psychotherapie** durch den Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (**Muster 22**) gemäß der Psychotherapie-Richtlinie 4,59 €  
37 Punkte

01613 **Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Gebührenordnungsposition 01611** 9,30 €  
75 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung von mindestens zwei Funktionstests gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie),

einmal im Krankheitsfall

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01613 erfordert im Regelfall einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Von den in Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests können beispielhaft die Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ oder das Erstellen der visuellen Schmerzskala in Einzelfällen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden. Die Gebührenordnungsposition 01613 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01613 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360 und 30984 berechnungsfähig.*

- |  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
| 01615  | <b>Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung und formlose Bescheinigung gemäß § 3 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,</b><br>einmal im Krankheitsfall  | 3,72 €<br>30 Punkte   |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i> |  |                       |
| 01620  | <b>Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis,</b> nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem <b>Muster 50</b>  | 3,72 €<br>30 Punkte   |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01621 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i> |  |                       |
| 01621  | <b>Krankheitsbericht,</b> nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den <b>Mustern 11, 53 oder 56</b>   | 5,45 €<br>44 Punkte   |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01622 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i> |  |                       |
| 01622  | <b>Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65</b>  | 10,29 €<br>83 Punkte  |
| 01623  | <b>Kurvorschlag</b> des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach <b>Muster 25</b>  | 6,57 €<br>53 Punkte   |
| 01624  | <b>Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64</b>   | 26,03 €<br>210 Punkte |
| 01626  | <b>Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von</b><br>- Cannabis in Form von getrockneten Blüten<br>oder<br>- Cannabis in Form von Extrakten<br>oder<br>- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol<br>oder<br>- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,<br>einmal je Erstverordnung | 17,72 €<br>143 Punkte |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01626 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.</i>            |  |                       |

*Die Gebührenordnungsposition 01626 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 berechnungsfähig.*

01630 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans** gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) 4,83 €  
39 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erstellen eines Medikationsplans,
- Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

*Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden.*

*Die Gebührenordnungspositionen 03222, 03362, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 sind in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01630 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01630 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222, 03362, 04220 bis 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 berechnungsfähig.*

01640 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 9,91 €  
80 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Notwendigkeit zur Anlage eines Notfalldatensatzes,
- Einholung der Einwilligung des Patienten zur Anlage eines Notfalldatensatzes und Anlage eines Notfalldatensatzes mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten,
- Übertragung des Notfalldatensatzes auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise zur Erstellung von Notfalldatensätzen gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V,
- Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder einer Bezugsperson,

einmal im Krankheitsfall

*Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastuktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01640 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nur berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK medizinisch notwendig ist und erstmalig zur Erfassung medizinisch notfallrelevanter Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) und/oder der Medikation) erfolgt.*

*Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK ausschließlich zur Erfassung von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten erfolgt.*

*Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern auf der eGK des Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) und/oder Angaben der Medikation) vorhanden ist.*

*Sofern für den Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen)) auf einer eGK angelegt wurde, die z. B. ausgetauscht oder verloren wurde, ist die Gebührenordnungsposition 01640 für die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes auf die neue eGK des Patienten nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 zur Löschung eines Notfalldatensatzes unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.*

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

**01641 Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der**

0,50 €  
4 Punkte

**Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), einmal im Behandlungsfall**

*Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01641 nicht berechnungsfähig.*

*Mit der Gebührenordnungsposition 01641 wird insbesondere die Überprüfung auf Notwendigkeit eines Notfalldatensatzes ohne anschließende Anlage oder die Überprüfung und ggf. Aktualisierung eines vorhandenen Notfalldatensatzes (einschließlich Anpassung des Notfalldatensatzes auf der eGK) und/oder die erstmalige Anlage oder Löschung eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten und/oder die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes, z. B. bei einem Austausch oder Verlust der eGK des Patienten, vergütet.*

*Die Gebührenordnungsposition 01641 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

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

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

0,12 €  
1 Punkt

*Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01642 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01642 ist nur berechnungsfähig, sofern ein Notfalldatensatz mit medizinisch notfallrelevanten Informationen auf der eGK vorhanden ist und der Patient die Löschung sämtlicher Einträge ausdrücklich wünscht.*

*Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.*

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

- 01647 **Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25, den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 30700 und den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitrodiagnostische Leistungen) im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte** 1,86 €  
15 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

- 01648 **Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte** 11,03 €  
89 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

- 01670 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums** 13,63 €  
110 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Beschreibung der medizinischen Fragestellung,
  - Zusammenstellung und elektronische Übermittlung aller für die telekonsiliarische Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung relevanten Informationen,
  - Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Arzt, Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten,
- zweimal im Behandlungsfall
- Die Beauftragung nach Nr. 7 des Abschnitts 1.6 ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01670 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01670 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 berechnungsfähig.*
- 01671 **Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung** 15,86 €  
128 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 bzw. der entsprechenden Leistung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen,
  - Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
  - Dauer mindestens 10 Minuten,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abstimmung mit dem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
- einmal im Arztgruppenfall
- Die Durchführung des Telekonsiliums ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01671 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01671 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01671 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.*



- 01672 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung,** 8,06 €  
je weitere vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im 65 Punkte  
Arztgruppenfall
- Die Gebührenordnungsposition 01672 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 01672 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 01672 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.*
- 01681 **Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz** 12,64 €  
102 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Erstellung und Übermittlung der Anhaltspunkte einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt anhand des Meldebogens gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V mit mindestens
    - Beschreibung der Anhaltspunkte und Darstellung der Beobachtungen,
    - Beschreibung ggf. bereits erfolgter Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung,
    - Angaben zum ggf. bereits erfolgten Einbezug weiterer Stellen,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anonyme Besprechung der Anhaltspunkte mit zuständigen Stellen,
  - Übergabe von Kontaktinformationen forensischer Stellen zur Durchführung einer forensischen Dokumentation,
  - Empfang und Verarbeitung einer Rückmeldung des Jugendamtes gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V zum weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung,
- einmal im Behandlungsfall
- 01682 **Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz** 15,86 €  
128 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Patientenorientierte Fallbesprechung zur Gefährdungseinschätzung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V,
- je vollendete 10 Minuten
- Die Gebührenordnungsposition 01682 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

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

### **1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, HIV-Präexpositionsprophylaxe und RSV-Prophylaxe**

1. Für die Berechnung der in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.7.8 und 1.7.10 - die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich.
2. Die gemäß diesen Richtlinien vorgeschriebenen (Bild-) Dokumentationen, notwendigen Bescheinigungen und Ultraschalluntersuchungen sind - soweit sie nicht gesondert in diesem Abschnitt aufgeführt sind - Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
3. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.7.4, 1.7.5 und 1.7.7 - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01776, 01777, 01783, 01788 bis 01790, 01793 bis 01796, 01799, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01820 bis 01824, 01826, 01828, 01833, 01840 bis 01842, 01869, 01870, 01900, 01903, 01913, 01915 - sind vorbehaltlich der Regelung in Nummer 4 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01869, 01870, 01903 und 01913 sind nicht von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden. Haben an der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition 01910 oder 01911 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition abrechnet.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01793 bis 01796, 01841 und 01842 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 abzurechnen.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01738, 01763, 01767, 01769, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01833, 01840, 01865 bis 01867, 01869, 01915 und 01931 bis 01936 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der

Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

6. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01857, 01903 und 01913 sind die Bestimmungen des Kapitels 5 maßgeblich.
7. Sind neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts weitere ärztliche Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig, so sind diese nach den übrigen Gebührenordnungspositionen anzusetzen.
8. In einem ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfall sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht berechnungsfähig.

### 1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

**Komplexe für ärztliche Maßnahmen bei Kindern zur Früherkennung von Krankheiten**, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) bzw. Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung)

01711	<b>Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)</b>	15,62 € 126 Punkte
01712	<b>Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2)</b> , einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening	49,70 € 401 Punkte
01713	<b>Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)</b>	49,82 € 402 Punkte
01714	<b>Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)</b>	49,82 € 402 Punkte
01715	<b>Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)</b>	49,82 € 402 Punkte
01716	<b>Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)</b>	49,82 € 402 Punkte
01717	<b>Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)</b>	49,82 € 402 Punkte
01718	<b>Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)</b>	49,82 € 402 Punkte
01719	<b>Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)</b>	49,82 € 402 Punkte
01720	<b>Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)</b>	44,12 € 356 Punkte
01723	<b>Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)</b>	49,82 €

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

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

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

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

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

### 1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

1. Die Gebührenordnungspositionen 01745 und 01746 können berechnet werden von
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
  - Praktischen Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung,
 die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben und über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie verfügen.
2. Die Gebührenordnungsposition 01745 kann von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnet werden.
3. Abweichend zu den Anmerkungen hinter den Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 sind die Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 für Beteiligte derselben fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft nebeneinander berechnungsfähig.

01731 Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann** gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

17,85 €  
144 Punkte

### 1.7.4 Mutterschaftsvorsorge

1. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, wobei die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung für präventive Leistungen vorgegebene Kennzeichnung zu beachten ist.
2. Die Gebührenordnungspositionen 01788 bis 01790 sind nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig,

die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen oder Fachärzte für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sind.

- 01783 **Quantitative Bestimmung von Alpha-1-Feto-Protein (AFP)** im Fruchtwasser oder im Serum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 6,94 €  
56 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01783 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32350 berechnungsfähig.*
- 01800 **Treponemenantikörper-Nachweis** mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 4,59 €  
37 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01800 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32566 berechnungsfähig.*
- 01802 **Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 9,54 €  
77 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01802 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32574 berechnungsfähig.*
- 01803 **Untersuchung auf Rötelnantikörper der Klasse IgM mittels Immunoassay** bei auffälliger Rötelnanamnese im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 9,54 €  
77 Punkte  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Antikörperisolierung  
*Die Gebührenordnungsposition 01803 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32574 berechnungsfähig.*
- 01804 **Bestimmung der Blutgruppe (A, B, 0) und des Rh-Faktors D** einschl. der Serumeigenschaften im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 9,54 €  
77 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01804 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32540 berechnungsfähig.*
- 01805 **Untersuchung auf Dweak** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 8,68 €  
70 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01805 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32542 berechnungsfähig.*
- 01806 **Bestimmung der Blutgruppenmerkmale C, c, E und e** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 6,82 €  
55 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01806 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32541 berechnungsfähig.*

- 01807 **Antikörper-Nachweis** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 2 Testerythrozyten-Präparationen (Antikörper-Suchtest) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 7,93 €  
64 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01807 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32545 berechnungsfähig.*
- 01808 **Antikörper-Differenzierung** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 8 Testerythrozyten-Präparationen bei positivem Ausfall des Antikörper-Suchtests im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 20,45 €  
165 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01808 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32546 berechnungsfähig.*
- 01809 **Quantitativer Antikörpernachweis** mittels indirektem Coombstest im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 7,93 €  
64 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32554 berechnungsfähig.*
- 01810 **Untersuchung auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBs-Ag)** bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 5,45 €  
44 Punkte  
*Die Gebührenordnungsposition 01810 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32781 berechnungsfähig.*  
*Die Gebührenordnungsposition 01810 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.*
- 01811 **Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge** 4,46 €  
36 Punkte
- 1.7.6 Sterilisation**
- 01850 **Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung** 8,80 €  
71 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Leistungen gemäß der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode, einmal im Behandlungsfall  
*Die Gebührenordnungsposition 01850 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01821, 01822 und 01900 berechnungsfähig.*
- 01851 **Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation,** 9,05 €  
73 Punkte  
einmal im Behandlungsfall

- 01852 **Präanästhesiologische Untersuchung** einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der **Gebührenordnungsposition 01856** 17,85 €  
144 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
  - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
  - In mehreren Sitzungen,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 01852 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 05310 und 05311 berechnungsfähig.*
- 01853 **Infiltrationsanästhesie** zur Durchführung der **Sterilisation beim Mann** 3,72 €  
30 Punkte
- 01854 **Sterilisation des Mannes** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 99,40 €  
802 Punkte
- Der operative Eingriff ist nach OPS zu kodieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.*
- 01855 **Sterilisation der Frau** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 161,98 €  
1307 Punkte
- Der operative Eingriff ist nach OPS zu kodieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.*
- 01856 **Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation** 203,25 €  
1640 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05330)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05331)
- Die Gebührenordnungsposition 01856 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342, 05372 und 30708 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.*
- 01857 **Beobachtung und Betreuung** nach **Sterilisation** im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition **01856** 54,90 €  
443 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Beobachtung und Betreuung für mindestens zwei Stunden,

- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Postoperative Analgesie,

einmal im Behandlungsfall

*Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmung kann die Gebührenordnungsposition 01857 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status verfügt.*

*Die Gebührenordnungsposition 01857 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 02320 bis 02322, 02330, 02331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05350, 05372, 13256, 31828, 31840, 31841, 32247, 36840, 36841 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 berechnungsfähig.*

### **1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit**

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



Patienten weitere Leistungen notwendig, sind diese dem übrigen kurativen Leistungsbereich zuzurechnen.

5. Eine Behandlungswoche im Sinne dieses Abschnittes ist jede Kalenderwoche, in der die Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird.

01949 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)** 10,41 €  
84 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtMVV,
- Verordnung des Substitutionsmittels,

je Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 01949 ist höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nur mit medizinischer Begründung in der Behandlungswoche neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.*

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

01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder** 5,70 €  
46 Punkte

**Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,**

je Behandlungstag

*Neben der Gebührenordnungsposition 01950 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.*

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

01951 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949 und 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember** 12,52 €  
101 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 01951 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01951 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01956 berechnungsfähig.*

01952 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für das therapeutische Gespräch** 19,09 €  
154 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 01952 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

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

01953 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einem Depotpräparat** 16,11 €  
130 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Veranlassung klinischer Untersuchung(en),

je Behandlungswoche

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

*Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Gebührenordnungsposition 01953 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.*

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

- 01955 **Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten** 41,02 €  
331 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Parenterale Diamorphinabgabe(n),
  - Alkoholatemtest (Nr. 32148) vor jeder Diamorphinabgabe,
  - Postexpositionelle Überwachung nach jeder Diamorphinabgabe,
  - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- zusätzliche Methadonsubstitution (Nr. 01950),
- je Behandlungstag
- Neben der Gebührenordnungsposition 01955 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der diamorphingestützten Behandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis/Einrichtung nicht aufsuchen kann.*
- Die Gebührenordnungsposition 01955 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01418 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01955 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949, 01950, 01953, 01960 und 32148 berechnungsfähig.*
- 01956 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember,** 25,16 €  
203 Punkte
- je Behandlungstag
- Die Gebührenordnungsposition 01956 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949 bis 01951 und 01953 berechnungsfähig.*
- 01960 **Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariusverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung** 13,63 €  
110 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
  - Dauer mindestens 10 Minuten,

einmal im Behandlungsfall

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

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

## 2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

### 2.1 Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen

#### 02100 Infusion

8,30 €  
67 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Infusion
  - intravenös und/oder
  - in das Knochenmark und/oder
  - mittels Portsystem und/oder
  - intraarteriell
- Dauer mindestens 10 Minuten

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

*Die Gebührenordnungsposition 02100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 08313, 13310, 13311, 26317, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 30710, 31501 bis 31507, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36501 bis 36507, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800 bis 31802 und 36800 bis 36802 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545, 26330 und 34291 berechnungsfähig.*

#### 02101 Infusionstherapie

20,45 €

**Obligater Leistungsinhalt**

165 Punkte

- Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS)
- und/oder
- Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Malignom)
- und/oder
- Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten
- und/oder
- Intravasale Infusionstherapie mit Immunglobulinen,
- Dauer mind. 60 Minuten

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

*Die Gebührenordnungsposition 02101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 16225, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 31540 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.5, 31.5.3 und 36.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800 bis 31802 und 36800 bis 36802 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02101 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13545, 26330 und 34291 berechnungsfähig.*

**02110 Erste Transfusion**

22,56 €

**Obligater Leistungsinhalt**

182 Punkte

- Transfusion der ersten Blutkonserve
- und/oder
- Transfusion der ersten Blutpräparation
- und/oder
- Transfusion von Frischblut

**Fakultativer Leistungsinhalt**

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

*Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02110 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

02111	<b>Jede weitere Transfusion</b> im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - ABO-Identitätstest (Bedside-Test), je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut)  <i>Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02111 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02111 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	18,47 € 149 Punkte
-------	---	-----------------------

02112	<b>Retransfusion</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Mindestens 200 ml Eigenblut oder Eigenplasma, - ABO-Identitätstest (Bedside-Test)  <i>Die Gebührenordnungsposition 02112 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	17,47 € 141 Punkte
-------	---	-----------------------

02120	<b>Erstprogrammierung</b> einer externen elektronisch programmierbaren <b>Medikamentenpumpe</b> zur Applikation von Zytostatika  <i>Die Gebührenordnungsposition 02120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 und 30750 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02120 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	12,52 € 101 Punkte
-------	---	-----------------------

## 2.2 Tuberkulintestung

02200	<b>Tuberkulintestung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux oder - Intrakutaner TINE-Test oder - Testung - kutan nach von Pirquet oder - perkutan nach Moro oder - mittels Pflaster (Hamburger-Test), je Test	1,12 € 9 Punkte
-------	---	--------------------

## 2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärem Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V gilt nicht für Leistungen dieses Abschnitts, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V genannt sind.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
4. Die Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 bis 02328 setzt die metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie voraus. Sofern die Therapie nicht abgeschlossen werden kann, ist die Fotodokumentation zu Beginn der Therapie ausreichend.
6. Die Gebührenordnungsposition 02314 kann nur von
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
  - Praktische Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Kinderchirurgie,
  - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
  - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie,
  - Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
  - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
  - Fachärzten für Urologie,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder der Zusatzweiterbildung Phlebologie berechnet werden.

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

*Obigater Leistungsinhalt*

8,43 €  
68 Punkte



- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung und/oder
- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs, einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 02300 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02300 entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 02300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02325, 02326, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13435, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 18.3, 30.5, 31.5.3, 34.5 und 36.5.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02300 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht**

16,48 €  
133 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder

- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen  
und/oder
- Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung  
und/oder
- Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt  
und/oder
- Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels  
und/oder
- Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes  
und/oder
- Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie,  
einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 02301 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02301 entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 02301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02301 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

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

28,50 €  
230 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 02302 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02302 entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 02302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516, 04518, 04520, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315*

bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18330, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.

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

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

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

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

26,27 €  
212 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 02310 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.*

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

*Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02344, 02360, 07340, 10330, 10340 bis 10342, 18340, 30214 und 34291 berechnungsfähig.*

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

**02311 Behandlung des diabetischen Fußes**

17,10 €

*Obligater Leistungsinhalt*

138 Punkte

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verband,
- je Bein, je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 02311 kann nur dann berechnet werden, wenn der Vertragsarzt - im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.*

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

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

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

16,73 €

135 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal am Behandlungstag

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

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

**02320 Einführung einer Magenverweilsonde**

5,95 €  
48 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 04513, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 13412, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 02320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**02321 Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters**

15,49 €  
125 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02322, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 02321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**02322 Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters**

6,57 €  
53 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02321, 02323, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 02322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**02323 Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters**

8,43 €  
68 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01913, 02300, 02322, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 02323 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**02330 Blutentnahme durch Arterienpunktion**

6,07 €  
49 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300, 02331, 02340, 02341, 02344, 04530, 04536, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 13311, 13650, 13652, 13661, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34283 bis 34287, 34290 bis 34292, 34298, 36821 bis 36829, 36840, 36841, 36881, 36882 und 37705 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 34291 berechnungsfähig.*

**02331 Intraarterielle Injektion**

7,68 €  
62 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02330, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 10340 bis 10342, 13311, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34283 bis 34287, 34290 bis 34292, 34298, 34504, 36821 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 34291 berechnungsfähig.*

**02340 Punktion I**

5,58 €  
45 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Punktion der/des
  - Lymphknoten und/oder
  - Schleimbeutel und/oder
  - Ganglien und/oder
  - Serome und/oder
  - Hygrome und/oder
  - Hämatome und/oder
  - Wasserbrüche (Hydrocelen) und/oder
  - Ascites und/oder
  - Harnblase und/oder
  - Pleura-/Lunge und/oder
  - Schilddrüse und/oder
  - Prostata

und/oder

- Speicheldrüse

*Die Gebührenordnungsposition 02340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 02345, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 02341 **Punktion II**

16,98 €

*Obligater Leistungsinhalt*

137 Punkte

- Punktion der/des
  - Mammae
 und/oder
  - Knochenmarks
 und/oder
  - Leber
 und/oder
  - Nieren
 und/oder
  - Pankreas
 und/oder
  - Gelenke
 und/oder
  - Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum
 und/oder
  - Hodens
 und/oder
  - Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit
 und/oder
  - Milz

*Die Gebührenordnungsposition 02341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342 bis 02345, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320,*



07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

#### 02342 Lumbalpunktion

72,13 €

##### Obligater Leistungsinhalt

582 Punkte

- Abklärung einer Hirn- oder Rückenmarkserkrankung mittels Lumbalpunktion,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

##### Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie,
- Messung des Liquordrucks

Die Gebührenordnungsposition 02342 kann nur von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 02342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 10340 bis 10342, 31840, 31841, 34223, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3 und 5.4 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02342 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 02345 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

#### 02344 Perkutane Biopsie

16,98 €

##### Obligater Leistungsinhalt

137 Punkte

- Perkutane Biopsie an
  - Lymphknoten, mediastinal und/oder paraaortal und/oder
  - Vesiculae seminales und/oder
  - Epididymis und/oder
  - Ductus deferens und/oder
  - Funiculus spermaticus und/oder
- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Knochen: Skapula, Klavikula, Rippen, Sternum, Humerus, Radius, Ulna, Karpale, Metakarpale, Phalangen Hand, Wirbelsäule,

Becken, Femur, Patella, Tibia, Fibula, Tarsale, Metatarsale, Phalangen Fuß

und/oder

- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Muskeln und Weichteile: Schulterregion, Oberarm, Ellenbogen, Unterarm, Hand, Rumpf, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß,
- ein- oder beidseitig

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 02344 im Zusammenhang mit einer Leistung außerhalb Anhang 1 Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 02344 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02341 bis 02343, 04513, 05330, 05331, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02344 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02344 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**02350 Fixierender Verband** mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien 17,85 €  
144 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 02350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 10340 bis 10342, 27332 und 30214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02350 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31600 und 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

**02360 Behandlung mit Lokalanästhetika** 11,65 €  
94 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

- Anwendung von Lokalanästhetika
  - zur Behandlung funktioneller Störungen und/oder
  - zur Schmerzbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 02360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01832, 02300 bis 02302, 02311, 02312, 06350 bis 06352, 09315 bis 09317, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15323, 26350 bis 26352, 30214, 34503 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02325, 02326, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 02360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 2.5 Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen

1. In den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der Arzneimittel und wirksamen Substanzen, die für Inhalationen, für die Thermotherapie, für die Iontophorese sowie für die Photochemotherapie erforderlich sind.

### 02500 Einzelinhalationstherapie

1,49 €

*Obligater Leistungsinhalt*

12 Punkte

- Intermittierende Überdruckbeatmung und/oder
- Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z. B. Ultraschallvernebelung),

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 02500 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02501 berechnungsfähig.*

### 02510 Wärmetherapie

2,60 €

*Obligater Leistungsinhalt*

21 Punkte

- Mittels Packungen mit Paraffinen und/oder
- Mittels Peloiden und/oder
- Mittels Heißluft und/oder
- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle und/oder
- Mittels Mikrowelle und/oder
- Mittels Hochfrequenzstrom

und/oder

- Mittels Infrarotbestrahlung

und/oder

- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt pro cm<sup>2</sup>,

je Sitzung

02511 **Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme** 1,12 €  
9 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Galvanisation

und/oder

- Reizstrom

und/oder

- Neofaradischer Schwellstrom

und/oder

- Iontophorese

und/oder

- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie

und/oder

- Schwellstromtherapie

und/oder

- Interferenzstromtherapie,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.*

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

02512 **Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen** 2,23 €  
18 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektrostimulation,
- Festlegung der Reizparameter,

je Sitzung

### III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

#### III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

08619 **Beratung gemäß § 4 Nr. 1 Kryo-RL** 11,15 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 90 Punkte

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

## 12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

### 12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen

- |       |  |                    |
|-------|--|--------------------|
| 12222 | <b>Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2,</b><br>einmal im Behandlungsfall | 0,50 €<br>4 Punkte |
|-------|--|--------------------|

*Die Gebührenordnungsposition 12222 wird ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall mit 1 Punkt je Behandlungsfall und ab dem 24001. Behandlungsfall mit 0,2 Punkten je Behandlungsfall bewertet.*

*Die Abstufungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 12222 sind für die Ärzte einer Arztpraxis, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.*

*Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210 und 12224 berechnungsfähig.*

- |       |   |                     |
|-------|---|---------------------|
| 12223 | <b>Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 sowie den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3,</b><br>einmal im Behandlungsfall | 1,74 €<br>14 Punkte |
|-------|---|---------------------|

*Die Gebührenordnungsposition 12223 wird ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall mit 7 Punkten je Behandlungsfall und ab dem 24001. Behandlungsfall mit 0,2 Punkten je Behandlungsfall bewertet.*

*Die Abstufungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 12223 sind für die Ärzte einer Arztpraxis, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.*

*Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210 und 12224 berechnungsfähig.*

**12224 Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird,** 0,12 €  
einmal im Behandlungsfall 1 Punkt

*Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210, 12222 und 12223 berechnungsfähig.*

## 16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen

### 16.1 Präambel

- Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie
 berechnet werden.
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der

Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442, 01444, 01450, 01471, 01478, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01540 bis 01545, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640 bis 01642, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02314, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02345, 02350, 02360, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780, 30781, 36884, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714 und 37720, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.3.2, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.9, 30.11, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 und 37.8 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35, 38 und 40.
5. Bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3, 4 und 9 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
6. Die Gebührenordnungsposition 16232 ist nur von Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig.
7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
8. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.
9. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von Fachärzten für Neurochirurgie zusätzlich die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen 25322, 25323 und 25348 berechnungsfähig, sofern sie neben der erforderlichen

Fachkunde gemäß § 47 Strahlenschutzverordnung über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verfügen.

## 16.2 Neurologische Grundpauschalen

### Grundpauschale

#### *Obligater Leistungsinhalt*

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

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
  - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
  - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
  - Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
  - Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
  - Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
  - Psychiatrische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
  - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

16210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	24,29 € 196 Punkte
16211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	22,80 € 184 Punkte
16212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	23,05 € 186 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

16214 <b>Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212,</b> einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte
--	--------------------



*Die Gebührenordnungsposition 16214 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

- 16215 **Zuschlag für die neurologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212, einmal im Behandlungsfall
- 4,83 €  
39 Punkte

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 16215 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.*

- 16217 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16215,** einmal im Behandlungsfall
- 1,24 €  
10 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 16217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

- 16218 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212,** einmal im Behandlungsfall
- 0,74 €  
6 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 16218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

*Die Gebührenordnungsposition 16218 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.*

- 16228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,** einmal im Arztgruppenfall

*Die Gebührenordnungsposition 16228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 16228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.*

### **16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen**

- 16220 **Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**
- 19,09 €  
154 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Befunde,
- Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung,

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
  - Anleitung von Bezugspersonen,
- je vollendete 10 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 16220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 oder 21213 bis 21215 und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.*

*Die Gebührenordnungsposition 16220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 21220, 21221, 30930 bis 30933, 37300, 37302 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

**16222 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen** auf Basis der in der Anmerkung genannten Erkrankungen

16,86 €  
136 Punkte

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erhebung einer/von Fremdanamnese(n),
- einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 16222 ist zusätzlich nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F70.- bis F79.- Intelligenzstörung, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.0 bis G95.2 Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, R47.- Aphasie.*

- 16225 Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten** 24,66 €  
199 Punkte
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Injektion(en) und Verbandwechsel,
  - Funktionskontrolle(n),
  - Umprogrammierung(en),
  - Wiederauffüllung,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 16225 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101 und 02102 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 16225 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16230 und 16233 berechnungsfähig.*
- 16230 Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit 46,72 €  
377 Punkte
- einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
  - Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
  - Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,
  - Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
  - Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
  - Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
  - Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 16230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-\* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese,*

*Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*

*Die Gebührenordnungsposition 16230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16225, 16231 und 16233 berechnungsfähig.*

16231 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen** 26,27 €  
212 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 16231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-\* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*

*Die Gebührenordnungsposition 16231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16311, 21311, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14314, 16230, 16233 und 21231 berechnungsfähig.*

**16233 Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** 42,14 €  
340 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mitbetreuung eines, mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten, Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biografischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 16233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks, F00. bis F03. Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.-\* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barré-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*

*Die Gebührenordnungsposition 16233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16233 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16225, 16230 und 16231 berechnungsfähig.*

- 16310 Elektroenzephalographische Untersuchung** 33,96 €  
274 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
  - Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
  - Auswertung,
  - Übergangswiderstandsmessung
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Provokation(en)
- Die für die Gebührenordnungsposition 16310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfüllt wurde.*
- Die Gebührenordnungsposition 16310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.*
- 16311 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung** 75,85 €  
612 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
  - Aufzeichnung,
  - Auswertung
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Provokation(en),
  - Polygraphie
- Die Gebührenordnungsposition 16311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.*
- 16320 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** 14,62 €  
118 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
  - Blinkreflexprüfung,
  - Ein- und/oder beidseitig,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 16320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04439, 14330 und 21320 berechnungsfähig.*
- 16321 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** 32,59 €  
263 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung visuell evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 16321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 14331 und 21321 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16321 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.*

**16322 Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung**

25,90 €  
209 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden

und/oder

- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 16322 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04437 und 27331 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16322 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

**16340 Testverfahren bei Demenzverdacht**

2,85 €  
23 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),

bis zu dreimal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungspositionen 16340 und 21340 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16340 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 16371 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16340 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.*

- 16371 **Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)** 68,78 €  
555 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aachener Aphasietest (AAT),
  - Schriftliche Dokumentation,
- einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 16371 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 16340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 16371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 20371 und 35600 bis 35602 berechnungsfähig.*

## 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)

### 21.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Fachärzten für Nervenheilkunde
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
 berechnet werden.
2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237. Die Zuschläge zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach den Gebührenordnungspositionen 21222 und 21228 werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten
  - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442, 01444, 01450, 01471, 01500 bis 01503, 01549, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640 bis



01642, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02342, 02510 bis 02512 und 30706.

4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780, 30781, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.9, 30.11, 30.12, 30.13, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4 und 37.5 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 35, 38 und 40.
5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

## 21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen

### **Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

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

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,

- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
  - Psychiatrische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
  - Neurologische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
  - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall
- 21213 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 33,83 €  
273 Punkte
- 21214 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 31,48 €  
254 Punkte
- 21215 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres 32,47 €  
262 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 21216 **Fremdanamnese** und/oder **Anleitung** bzw. **Betreuung** von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit, 25,53 €  
206 Punkte  
je 10 Minuten, höchstens fünfmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 21216 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.  
Die Gebührenordnungsposition 21216 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*
- 21217 **Supportive psychiatrische Behandlung** eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnganisch akut dekompensierten Patienten, 4,71 €  
38 Punkte  
höchstens dreimal im Behandlungsfall
- 21225 **Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215, 4,83 €  
39 Punkte  
einmal im Behandlungsfall
- Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21225 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen*

*abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.*

21226 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21225,** 1,24 €  
einmal im Behandlungsfall 10 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 21226 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

21228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215,** 0,74 €  
einmal im Behandlungsfall 6 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

*Die Gebührenordnungsposition 21228 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.*

21237 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**  
einmal im Arztgruppenfall

*Die Gebührenordnungsposition 21237 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 21237 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.*

### **21.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen**

21220 **Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung,** 19,09 €  
154 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 21220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten*

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

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21220 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 21220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.*

*Die Gebührenordnungsposition 21220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 16220, 21221, 30930 bis 30933, 37300, 37302 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

#### 21221 **Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)**

20,57 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

166 Punkte

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 21221 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21221 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21221.*

*Die Gebührenordnungsposition 21221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 16220, 21220 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

#### 21230 **Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung**

46,72 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

377 Punkte

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 21230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizoaffective Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.*

*Die Gebührenordnungsposition 21230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 21230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 21231 bis 21233 berechnungsfähig.*

**21231 Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen**

26,27 €  
212 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 21231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizzoaffektive Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.*

*Die Gebührenordnungsposition 21231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 21231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14314, 16231, 21230, 21232 und 21233 berechnungsfähig.*

**21232 Zusatzpauschale Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung**

33,59 €

*Obligater Leistungsinhalt*

271 Punkte

- Koordination
  - intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
  - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 21232 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 21232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169,*

35173 bis 35179, 37525 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 21232 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14240, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

21233 **Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** 42,14 €  
340 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 21233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhaftige Störung, F25.- Schizzoaffektive Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.*

*Die Gebührenordnungsposition 21233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 21233 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 21230 bis 21232 berechnungsfähig.*

**21310 Elektroenzephalographische Untersuchung**

33,96 €

*Obligater Leistungsinhalt*

274 Punkte

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en)

*Die für die Gebührenordnungsposition 21310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.*

*Die Gebührenordnungsposition 21310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.*

**21311 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung**

75,85 €

*Obligater Leistungsinhalt*

612 Punkte

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en),
- Polygraphie

*Die Gebührenordnungsposition 21311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 16311, 21310, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.*

**21320 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung**

14,62 €

*Obligater Leistungsinhalt*

118 Punkte

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder

- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 21320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04439, 14330 und 16320 berechnungsfähig.*



<p><b>21321 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder</li> <li>- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder</li> <li>- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder</li> <li>- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,</li> <li>- Beidseitige Untersuchung(en),</li> </ul> <p>je Sitzung</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 21321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 21321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 14331 und 16321 berechnungsfähig.</i></p>	<p>32,59 €</p> <p>263 Punkte</p>
--	----------------------------------

<p><b>21330 Konvulsionsbehandlung</b> unter Vollnarkose, je Sitzung</p>	<p>11,65 €</p> <p>94 Punkte</p>
---	---------------------------------

<p><b>21340 Testverfahren bei Demenzverdacht</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),</li> </ul> <p>bis zu dreimal im Behandlungsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 21340 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.</i></p>	<p>2,85 €</p> <p>23 Punkte</p>
---	--------------------------------

## IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

### 30 Spezielle Versorgungsbereiche

#### 30.1 Allergologie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30133 und 30134 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1.1 und 30.1.2 können nur von
  - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden.
- 2. Die Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

### 30.1.1 Allergologische Anamnese

**30100 Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung** 8,06 €  
65 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

je vollendete 5 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 30100 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

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

### 30.1.2 Allergie-Testungen

**30110 Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)** 31,97 €  
258 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Epikutan-Testung,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

einmal im Krankheitsfall

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

**30111 Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)** 27,27 €  
220 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Prick-Testung,  
und/oder
- Scratch-Testung

und/oder

- Reibtestung

und/oder

- Skarifikationstestung

und/oder

- Intrakutan-Testung

und/oder

- Konjunktivaler Provokationstest

und/oder

- Nasaler Provokationstest,
- Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

einmal im Krankheitsfall

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

### 30120 Rhinomanometrischer Provokationstest

8,18 €

*Obligater Leistungsinhalt*

66 Punkte

- Nasaler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte, je Test, höchstens zweimal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 30120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

### 30121 Subkutaner Provokationstest

20,08 €

*Obligater Leistungsinhalt*

162 Punkte

- Subkutaner Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenallergenen,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte, je Test, höchstens fünfmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30121 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

### 30122 Bronchialer Provokationstest

91,84 €

*Obligater Leistungsinhalt*

741 Punkte

- Bronchialer Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Mindestens zweimalige ganzkörperplethysmographische Untersuchungen,
- Nachbeobachtung von mindestens 3 Stunden Dauer,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Flussvolumenkurve jeweils vor und nach Provokationsstufen,
- Angabe des verwendeten Protokolls und Dokumentation des Testergebnisses,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,  
je Test

*Die Gebührenordnungsposition 30122 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13651 berechnungsfähig.*

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

**30123 Oraler Provokationstest**

17,72 €

*Obligater Leistungsinhalt*

143 Punkte

- Oraler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,  
je Test

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

**30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung****30130 Hyposensibilisierungsbehandlung**

12,64 €

*Obligater Leistungsinhalt*

102 Punkte

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

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

**30131 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag (zum Beispiel**

9,91 €  
80 Punkte

bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie)

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 30131 ist mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 neben der Gebührenordnungsposition 30130 und die mehrmalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 setzen jeweils eine Desensibilisierungsbehandlung durch Allergeninjektion(en) mit jeweils mindestens 30minütigem Nachbeobachtungsintervall sowie die Angabe des jeweiligen Behandlungszeitpunktes auch bei der Gebührenordnungsposition 30130 voraus.*

*Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 ist die Erfüllung der notwendigen, sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.*

**30133 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung**

7,68 €

*Obligater Leistungsinhalt*

62 Punkte

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

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

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

**30134 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung**

19,33 €

*Obligater Leistungsinhalt*

156 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30134 ist nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung, nach Gabe der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe sowie nach Wiederaufnahme der*

*Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes jeweils einmal berechnungsfähig.*

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

### **30.2 Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie**

#### **30.2.1 Manuelle Medizin**

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

#### **30200 Manualmedizinischer Eingriff**

5,95 €

*Obligater Leistungsinhalt*

48 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 30200 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30201 berechnungsfähig.*

#### **30201 Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule**

8,80 €

*Obligater Leistungsinhalt*

71 Punkte

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200, je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall zweimal berechnungsfähig. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.*

*Die Gebührenordnungsposition 30201 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30200 berechnungsfähig.*

### **30.3 Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien**

#### **30.3.1 Neurophysiologische Übungsbehandlung**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können,
- berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

**30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)**

10,78 €  
87 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

**30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)**

3,72 €  
30 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Physikalische Maßnahmen,
- Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
  - sensomotorisch und/oder
  - neurophysiologisch,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

**30.3.2 Tumortheraiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nur bei Patienten mit neu diagnostiziertem Glioblastom berechnungsfähig, wenn nach Abschluss der Radiochemotherapie keine frühe Krankheitsprogression nachgewiesen wurde.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30310 und 30311 können nur von
  - Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Strahlentherapie
 berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungsposition 30312 kann nur von
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Strahlentherapie
 berechnet werden.
4. Die Verordnung der Geräte zur Anwendung von TTF erfolgt über das vereinbarte Muster für die Hilfsmittelverordnung.

**30310 Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit Tumortheraiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Indikationsstellung aufgrund einer Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

**30311 Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit Tumortheraiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“** 29,12 €  
235 Punkte



### **der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TTF,
- Überprüfung der Krankheitsprogression und der Indikation zur Anwendung von TTF,
- Fortlaufende Beratung zur Anwendung von TTF,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von TTF,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erst- oder Folgeverordnung von TTF über einen Zeitraum von 3 Monaten,
- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30311 ist im Arztfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13500 berechnungsfähig.*

**30312 Zusatzpauschale für die Entscheidung über die Ausrichtung von Tumortherapiefeldern (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses**

8,06 €  
65 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aushändigung und Erläuterung des Positionierungsdiagramms im Rahmen der Erst- oder Neuausrichtung der TTF,

bis zu dreimal im Behandlungsfall

### **30.4 Physikalische Therapie**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30401, 30430 und 30431),
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410, 30411 und 30430),
  - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, sowie Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologe (ausschließlich die Gebührenordnungsposition 30401),
  - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410 und 30411),
  - Ärzten mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Manuelle Medizin,
  - Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, berechnet werden.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 setzt abweichend von 1. voraus, dass der entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzt.
  3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30430 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin hat.
  4. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30431 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten hat.
  5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 30.3.1 berechnungsfähig.
  6. Von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 nicht berechnungsfähig.
  7. Von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind die Gebührenordnungspositionen 30400 bis 30402 und 30420, 30421, 30431 nicht berechnungsfähig.
  8. Die Gebührenordnungsposition 30440 kann abweichend von 1. nur von Fachärzten für Orthopädie und/oder Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
  9. Die Gebührenordnungsposition 30440 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, die gemäß § 2 der Nr. 26 der Anlage

I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses folgende Kriterien erfüllen:

- bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und
- während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze (pharmakologische und nicht-pharmakologische) einschließlich patientenzentrierter Maßnahmen (darunter mindestens Schonung, Dehnübungen und Einlagen) über einen ausreichenden Zeitraum ohne relevante Beschwerdeverbesserung angewandt wurden.

Die Einschränkung der körperlichen Aktivität über mindestens sechs Monate liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal stattgefunden hat.

### 30400 **Massagetherapie**

9,17 €

74 Punkte

*Obligator Leistungsinhalt*

- Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile

und/oder

- Manuelle Bindegewebsmassage

und/oder

- Periostmassage

und/oder

- Kolonmassage

und/oder

- Manuelle Lymphdrainage,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.*

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

### 30401 **Intermittierende apparative Kompressionstherapie,**

4,21 €

34 Punkte

je Bein, je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: I70.20 und I70.21 Arteriosklerose der Extremitätenarterien i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem, I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, I87.0- Postthrombotisches Syndrom, I87.2- Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher), I89.0- Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert, L97 Ulcus cruris venosum, M34.0 Progressive systemische Sklerose, Q27.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems, Q82.0- Hereditäres Lymphödem, T93.-*

*Folgen von Verletzungen der unteren Extremität i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem.*

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

**30402 Unterwasserdruckstrahlmassage** 12,02 €  
97 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Unterwasserdruckstrahlmassage,
- Wanneninhalt mindestens 400 l,
- Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")

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

**30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)** 9,17 €  
74 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken

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

**30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)** 4,21 €  
34 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,  
je Teilnehmer

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

**30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)** 11,65 €  
94 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

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

**30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)**

5,95 €

*Obligater Leistungsinhalt*

48 Punkte

- Krankengymnastische Behandlung,
- Gruppenbehandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad,

je Teilnehmer und Sitzung

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

**30.6 Proktologie**

1. Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nur von
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie, die einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Proktologie, berechnungsfähig.

- 30610 Behandlung(en) von Hämorrhoiden** im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion, höchstens viermal im Behandlungsfall

10,04 €

81 Punkte

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

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

23,05 €

186 Punkte

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

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

### **30.7 Schmerztherapie**

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und/oder 30702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
2. Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert. Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.
4. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist eine Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
5. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass die Anforderungen an ein

schmerztherapeutisches Zentrum sowie an den Vertragsarzt vollständig erfüllt sind:

- Das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen
    - chronische muskuloskelettale Schmerzen
    - chronische Kopfschmerzen
    - Gesichtsschmerzen
    - Ischämieschmerzen
    - medikamenteninduzierte Schmerzen
    - neuropathische Schmerzen
    - sympathische Reflexdystrophien
    - somatoforme Schmerzstörungen
    - Tumorschmerzen
  - In einem schmerztherapeutischen Zentrum sind sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.
  - Der Vertragsarzt hat an mindestens zehn interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen nebst vorgestellten Patienten sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
  - Der Vertragsarzt hat mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen. Die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder

- 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.
7. Die Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 sind nur von
    - Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
    - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
    - Fachärzten für Kinderchirurgie,
    - Fachärzten für Innere Medizin,
    - Fachärzten für Chirurgie,
    - Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
    - Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
    - Fachärzten für Neurochirurgie,
    - Fachärzten für Anästhesiologie,
    - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
    - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.
  8. Werden die in der Grundpauschale 30700 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
  9. Die Gebührenordnungspositionen 30780 und 30781 können ausschließlich von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.

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

30700 **Grundpauschale** für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V 48,83 €  
394 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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



*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 30700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

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

**30701 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700,**

einmal im Behandlungsfall

1,12 €  
9 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 30701 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

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

**30702 Zusatzpauschale** für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

61,72 €  
498 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
  - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
  - Durchführung einer Schmerzanalyse,
  - Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
  - Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
  - Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
  - Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
  - Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen

und/oder

- Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
  - Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
  - Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,
  - Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

**30703 Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700,**

einmal im Behandlungsfall

0,25 €  
2 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 30703 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

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

37,06 €  
299 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 30704 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.*

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

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

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

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

- 30706 Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz** gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie 10,66 €  
86 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37720 und 37804 berechnungsfähig.*

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

- 30708 Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie,** Dauer mindestens 10 Minuten, 20,94 €  
169 Punkte  
je vollendete 10 Minuten

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

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.*

*Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist.*

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

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

- 30780 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,93 €  
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

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

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

- 30781 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 7,93 €  
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

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

### 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

- 30710 **Infusion** von nach der **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung** verschreibungspflichtigen **Analgetika** oder von **Lokalanästhetika** unter **systemischer** Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration 14,75 €  
119 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 30 Minuten

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

*Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.*

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

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

30712 **Anleitung** des Patienten zur **Selbstanwendung** der **transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS)** 8,92 €  
72 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps, je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.*

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

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

30720 **Analgesie** eines **Hirnnerven** oder eines **Hirnnervenganglions** an der **Schädelbasis** 12,39 €  
100 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum)

oder

- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

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

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

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

30721 **Sympathikusblockade** (Injektion) am **zervikalen Grenzstrang** 28,13 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 227 Punkte

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

je Sitzung

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

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

**30722 Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang**

24,66 €  
199 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

je Sitzung

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

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

**30723 Ganglionäre Opioid-Applikation,**

12,39 €  
100 Punkte

je Sitzung

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

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

**30724 Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia**

24,66 €  
199 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

je Sitzung

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

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

**30730 Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere**

84,03 €

*Obligater Leistungsinhalt*

678 Punkte

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

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

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

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

88,98 €

718 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Überwachung von bis zu 2 Stunden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 30731 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31540, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

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

**30740 Überprüfung** (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur **Langzeitanalgesie** angelegten **Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters** und/oder eines programmierbaren und

14,75 €

119 Punkte

implantierten **Stimulationsgerätes** (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

je Sitzung

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

*Die Gebührenordnungsposition 30740 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31540, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

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

30750 **Erstprogrammierung** einer **externen Medikamentenpumpe** zur **Langzeitanalgesie** 22,31 €  
180 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Funktionskontrolle(n)

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

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

30751 **Langzeitanalgespasmolyse** mit Auffüllen einer **implantierten Medikamentenpumpe** zur **intrathekalen Dauerapplikation** von Baclofen über **mindestens 8 Stunden** 24,66 €  
199 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

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



*Die Gebührenordnungsposition 30751 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

30760 Dokumentierte **Überwachung** im **Anschluss** an die Gebührenordnungsposition **30710** oder nach Eintritt des dokumentierten **vegetativen**, ggf. **sensiblen** Effektes im **Anschluss** an die Gebührenordnungspositionen **30721, 30722, 30724** und **30730** 29,74 €  
240 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

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

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

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

30790 **Eingangsdiagnostik** und **Abschlussuntersuchung** zur **Behandlung** mittels **Körperakupunktur** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen: 63,95 €  
516 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung der optimalen Punktekombinationen, Verteilung der Akupunkturlokalisationen,

- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
- Dokumentation,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Bericht an den Hausarzt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen, einmal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30790 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.*

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

**30791 Durchführung einer Körperakupunktur** und ggfs. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen:

20,57 €  
166 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe,

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 30791 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.*

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

### 30.8 Soziotherapie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 können nur von
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie,
  - Psychologischen Psychotherapeuten,
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- berechnet werden.

**30800 Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers**

8,30 €

*Obligater Leistungsinhalt*

67 Punkte

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 5 Therapieeinheiten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überweisung zu einem bezüglich der Soziotherapie verordnungsbefugten Leistungserbringer

**30810 Erstverordnung Soziotherapie**

20,82 €

*Obligater Leistungsinhalt*

168 Punkte

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden, einmal im Krankheitsfall

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

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

**30811 Überprüfung der Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie**

20,82 €

**Obligater Leistungsinhalt**

168 Punkte

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

**Fakultativer Leistungsinhalt**

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

*Die Gebührenordnungsposition 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

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

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

**30.9 Schlafstörungsdiagnostik**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur gemäß Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses berechnungsfähig.
2. Abweichend von Nr. 1 sind gemäß § 2 der Nummer 36 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene nur berechnungsfähig, sofern eine behandlungsbedürftige obstruktive Schlafapnoe anhand einer Stufendiagnostik gemäß § 3 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung festgestellt wurde und eine Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann.
3. Die Anfertigung einer Unterkieferprotrusionsschiene kann zu Lasten der Krankenkassen nur erfolgen, sofern ein Vertragszahnarzt durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzweiterbildung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V mit der Anfertigung beauftragt wurde.
4. Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 im Zusammenhang mit der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene gelten die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 7 und § 5 Abs. 2 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach

der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30902 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30905 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 und/oder der Gebührenordnungsposition 30901 voraus.

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

79,32 €  
640 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen die Anamnese und die klinische Untersuchung die typischen Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung ergeben

oder

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Therapieverlaufskontrolle der Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren)

oder

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene,
- Kontinuierliche simultane Registrierung während einer mindestens sechsständigen Schlafphase,
  - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche),
  - der Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
  - der Herzfrequenz,
  - der Körperlage,
  - der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
- Computergestützte Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Auswertung(en),
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Maskendruckmessung(en) bei Einsatz eines CPAP-Gerätes während einer mindestens sechsständigen Schlafphase,
- Feststellung einer ausreichenden Gerätenutzung durch den Patienten,
- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Arzt, der die weitere polysomnographische Diagnostik durchführt

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

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

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

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

30901 **Kardiorespiratorische Polysomnographie** gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 392,99 €  
3171 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung und nach einer erfolgten Polygraphie entsprechend der Gebührenordnungsposition 30900 keine Entscheidung zur Notwendigkeit mittels CPAP möglich ist

oder

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten mit gesicherter Indikation zur Ersteinstellung oder bei schwerwiegenden Therapieproblemen einer Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren)

oder

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene,

- Kontinuierliche Simultanregistrierung während einer mindestens sechsständigen Schlafphase in einem räumlich vom Ableitraum getrennten Schlafräum, in dem sich während der kardiorespiratorischen Polysomnographie nur ein Patient befinden darf

- der Atmung,
- der Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
- des EKG,
- der Körperlage,
- der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
- des Atemflusses oder des Maskendruckes bei Einsatz eines CPAP-Gerätes,
- elektrookulographische Untersuchung(en) (EOG) mit zwei Ableitungen,
- elektroenzephalographische Untersuchung(en) (EEG) mit zwei Ableitungen,
- elektromyographische Untersuchung(en) (EMG) mit drei Ableitungen,

- optische und akustische Aufzeichnung(en) des Schlafverhaltens,
- Visuelle Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Validierung, Dauer mindestens 40 Minuten,
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Vertragsarzt, der die Überdrucktherapie einleitet oder die Anfertigung der Unterkieferprotrusionsschiene veranlasst oder an die weiterbehandelnden Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte,

je Sitzung

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene setzt die Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung voraus.*

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

*Die Gebührenordnungsposition 30901 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**30902 Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe** 8,06 €  
65 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausschluss einer erfolgreichen Durchführbarkeit einer Überdrucktherapie bei einem Patienten mit behandlungsbedürftiger obstruktiver Schlafapnoe,
- Schriftliche Beauftragung eines Vertragszahnarztes zur Anfertigung und Anpassung der Unterkieferprotrusionsschiene mit Angabe des anzustrebenden Protrusionsgrades,

einmal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30902 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 30902 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**30905 Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene** 8,06 €  
65 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abstimmung mit dem Vertragszahnarzt bezüglich des einzustellenden optimalen Protrusionsgrades,

zweimal im Krankheitsfall

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

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

### **30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA**

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12, mit Ausnahme der Laborziffern gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956, ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.
2. Die Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 können nur von Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 32.3.10 erteilt wurde.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur bei Risikopatienten für eine/mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie bei deren Kontaktperson(en) bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11-13 Monate) nach Abschluss der Eradikationstherapie berechnungsfähig. Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:
  - Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder
  - Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
    - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
    - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)und/oder
  - Patient mit Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeinfektionund/oder
  - Patient mit Dialysepflichtigkeit.
4. Die Sanierungsbehandlung beginnt mit der Eradikationstherapie. Die Eradikationstherapie umfasst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die Kontrollabstrichentnahmen durchgeführt werden bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.
5. Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.
6. Sofern ein Patient im Laufe der weiteren Sanierungsbehandlung einen positiven Kontrollabstrich aufweist, kann nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie vorgenommen werden, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht



mehr erfüllt. Sofern eine weitere Eradikationstherapie erforderlich ist, kann diese nur nach Vorstellung des Falles in einer Fall- und/oder Netzwerkkonferenz erfolgen, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht mehr erfüllt. Soweit keine Fall-/Netzwerkkonferenz erreichbar ist, hat der behandelnde Arzt sich bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend zu informieren.

7. Bei den Gebührenordnungspositionen 30942, 30944, und 30950 darf der ICD-10-GM Sekundärkode U80.00 bzw. U80.01 nur zusätzlich zu einem Diagnosekode nach ICD-10-GM angegeben werden.

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

30940 **Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 bis **sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung** 4,71 €  
38 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

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

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

30942 **Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 15,86 €  
128 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durch-/Weiterführung der Eradikationstherapie, ausgenommen der Wundversorgung,
- Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung der Standardsanierung,
- Aufklärung und Beratung zu Hygienemaßnahmen, der Eradikationstherapie und der weiteren Sanierungsbehandlung, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en),
- Aushändigung des MRSA-Merkblattes,
- Dokumentation,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,
- einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.*

30944 **Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 **im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und/oder Beratung des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en)

oder

- Aufklärung und/oder Beratung einer Kontaktperson des Patienten gemäß der Gebührenordnungsposition 30946,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 30944 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.*

*Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.*

30946 **Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers** 3,72 €  
30 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,  
einmal im Behandlungsfall

*Die Kontaktperson muss in dem Zeitraum gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 mindestens über vier Tage den Schlafräum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben.*

*Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung.*

- 30948 **Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall 10,66 €  
86 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.*

*Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur in Behandlungsfällen in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942 berechnungsfähig, in denen der abrechnende Arzt eine Eradikationstherapie durchführt, und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.*

*Ärzte, die aus dem Abschnitt 30.12 ausschließlich Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 erbringen und berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 30948 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 30954 und/oder 30956 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von 1.720 Punkten je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.*

*Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vorträgt, ein Höchstwert von 2.838 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.*

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

*Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37720 und 37804 berechnungsfähig.*

- 30950 **Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)** 2,35 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 19 Punkte

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

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 30950 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig, wenn das Ergebnis der (des) Abstriche(s) vorliegt.*

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

2,35 €

19 Punkte

*Obligator Leistungsinhalt*

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

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

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

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

#### 30954 Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden

6,32 €  
51 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.*

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

3,10 €  
25 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.*

### 30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
  - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBMund in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrieberechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 können nur von
  - Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie,
  - Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die eine geriatrische Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V nachweisen können,
  - ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB Vberechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

3. Die Gebührenordnungsposition 30984 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 erfolgt und eine Vorabklärung gemäß der Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 stattgefunden hat. In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt gemäß Nr. 2 zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments gemäß der Gebührenordnungsposition 03360 ergibt. In diesen Fällen ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 vorzunehmen.
4. Die Gebührenordnungsposition 30988 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 30984 erbracht wurde. Die Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.
5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:
  - Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres)  
und
  - Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI:
    - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
    - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
    - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
    - Dysphagie,
    - Inkontinenz(en),
    - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.
6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.

8. Sofern ein Arzt die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, kann er abweichend von Nr. 3 für Patienten, die von ihm hausärztlich behandelt werden, ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung durchführen und abrechnen, sofern ein anderer Arzt gemäß Nr. 2 die Notwendigkeit bescheinigt. In diesem Fall ist für den mitbeurteilenden Arzt die Gebührenordnungsposition 30981 berechnungsfähig. Vom Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, ist die Gebührenordnungsposition 30980 berechnungsfähig.

**30980 Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13**

23,92 €  
193 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

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

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

15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

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

**30984 Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V** 107,95 €  
871 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Umfassendes geriatrisches Assessment (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) jeweils in mindestens fünf Bereichen einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung,
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß § 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach § 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden,
- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen,
- Differentialdiagnostische und differentialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments,
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten,
- Dauer mindestens 60 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen,
- Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Arzt,
- Nachuntersuchungen,
- Einbindung von Neuropsychologen,

einmal im Krankheitsfall

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

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 30984 auch dann berechnet werden,*



wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Einbindung von Neuropsychologen verfügt.

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

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

- |       |   |                       |
|-------|---|-----------------------|
| 30985 | <p><b>Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments,</b><br/>je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall</p>   | 39,53 €<br>319 Punkte |
| 30986 | <p><b>Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments,</b><br/>je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall</p>   | 28,26 €<br>228 Punkte |
| 30988 | <p><b>Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen gemäß multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß Gebührenordnungsposition 30984</b><br/><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</li> <li>- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplan, nach Durchführung eines multiprofessionellen geriatrischen Assessments,</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten, einmal im Krankheitsfall</li> </ul> <p><i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30988 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus.</i><br/><i>Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.</i><br/><i>Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.</i></p> | 8,06 €<br>65 Punkte   |
- 31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen**

1. Ambulante Operationen sind in vier Abschnitte unterteilt:
  - Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation ggf. einschließlich Anästhesien vorzubereiten.
  - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.
  - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.
  - Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

## **31.2 Ambulante Operationen**

### **31.2.1 Präambel**

1. Als ambulante Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandsleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und sich der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt hat.
3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.
4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.
5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt. Gibt der Versicherte

keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.
7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Die Untergruppen sind nach Organsystem, OP-Ausstattung und Art des Eingriffs unterteilt. Sie können von allen Arztgruppen erbracht werden, die nach Weiterbildungsordnung und Zulassung dazu berechtigt sind. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.
8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01410 bis 01415, 01431, 01436, 01437, 01442, 01444, 01450, 01500 bis 01503, 01522, 01546, 01549, 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640 bis 01642, 01647, 01648, 01650, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01700 bis 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01760, 01761, 01764, 01765, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01920 bis 01922, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 01966, 02314, 02325 bis 02328, 03008, 03010, 04008, 04010, 05227, 05228, 06227, 06228, 06362, 07227, 07228, 08227, 08228, 08641 bis 08643, 08645, 09227, 09228, 10227, 10228, 11228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13421, 13423, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 17228, 18227, 18228, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26227, 26228, 27227, 27228, 30701, 30705, 30706, 30740, 31600, 37400, 37700, 37701, 37704 bis 37706, 37710, 37711, 37714 und 37720, die Versicherten-

Grund- und Konsiliarpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 30.3.2, 30.8, 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 31.5.3, 32, 34, 35, 37.5 und 40 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

9. Die Leistungserbringung ist für Leistungen der Abschnitte 31.2.2 bis 31.2.14 sowie 31.2.20 gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.

### 31.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

1. Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.
2. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31096, 31097 und 31098 gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III.

31096 **Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 748,19 €  
6037 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31096 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*

31097 **Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 798,63 €  
6444 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie AA7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31097 kann für die postoperative Überwachung die*

*Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <p><b>31098 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 31097</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,</li> <li>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,</li> </ul> <p>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31098 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.</i></p>          | <p>75,85 €<br/>612 Punkte</p>   |
| <p><b>31101 Dermatochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie A1</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31101 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.</i></p> | <p>107,20 €<br/>865 Punkte</p>  |
| <p><b>31102 Dermatochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie A2</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A2 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31102 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.</i></p> | <p>175,12 €<br/>1413 Punkte</p> |
| <p><b>31103 Dermatochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie A3</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A3 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31103 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für</i></p>  | <p>259,89 €<br/>2097 Punkte</p> |

die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

- 31104 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A4 357,05 €  
2881 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31104 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31105 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A5 493,38 €  
3981 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31105 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31106 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A6 660,07 €  
5326 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31106 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31107 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A7 806,69 €  
6509 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31107 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für*

*die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <p>31108 <b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31106 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31107</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,</li> <li>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,</li> </ul> <p>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31108 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.</i></p> | <p>79,32 €<br/>640 Punkte</p>   |
| <p>31111 <b>Eingriff an der Brustdrüse</b> der Kategorie B1</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31111 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.</i></p>                   | <p>116,62 €<br/>941 Punkte</p>  |
| <p>31112 <b>Eingriff an der Brustdrüse</b> der Kategorie B2</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31112 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.</i></p>                   | <p>189,99 €<br/>1533 Punkte</p> |
| <p>31113 <b>Eingriff an der Brustdrüse</b> der Kategorie B3</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31113 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für</i></p>  | <p>290,38 €<br/>2343 Punkte</p> |

*die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*

- 31114 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B4 392,75 €  
3169 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31114 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 
- 31115 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B5 566,50 €  
4571 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31115 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 
- 31116 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B6 752,40 €  
6071 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31116 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 
- 31117 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B7 893,32 €  
7208 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31117 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für*



*die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*

31118 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31116 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 31117 89,60 €  
723 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31118 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

### 31.2.3 Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie

Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum' (OPS:5-401.c)** die Vergütung durch Anrechnung der Gebührenordnungsposition 31121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 31128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch OP-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

31121 **Eingriff** der Kategorie C1 112,78 €  
910 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31121 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501 berechnet werden.*

31122 **Eingriff** der Kategorie C2 183,42 €  
1480 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31122 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für*

*die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.*

- 31123 **Eingriff** der Kategorie C3 275,38 €  
2222 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31123 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.*
- 31124 **Eingriff** der Kategorie C4 367,09 €  
2962 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31124 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 31125 **Eingriff** der Kategorie C5 514,45 €  
4151 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31125 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 31126 **Eingriff** der Kategorie C6 682,38 €  
5506 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31126 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*

- 31127 **Eingriff** der Kategorie C7 865,31 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 6982 Punkte  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie C7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31127 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*
- 31128 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei 80,68 €  
 Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127 651 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
 - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 31128 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

### 31.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk"** (OPS: 5-829.1) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-820.\* und 5-821.\* auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Operative Eingriffe an Knochen und Gelenken zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese entsprechend den OPS-Kodes 5-78a.00, 5-78a.01, 5-78a.02, 5-78a.03, 5-78a.04, 5-78a.05, 5-78a.06, 5-78a.07, 5-78a.08, 5-78a.09, 5-78a.0a, 5-78a.0b, 5-78a.0c, 5-78a.0d, 5-78a.0e, 5-78a.0f, 5-78a.0g, 5-78a.0h, 5-78a.0j, 5-78a.0k, 5-78a.0m, 5-78a.0n, 5-78a.0p, 5-78a.0q, 5-78a.0r, 5-78a.0s, 5-78a.0t, 5-78a.0u, 5-78a.0v, 5-78a.0w, 5-78a.0z, 5-78a.10, 5-78a.11, 5-78a.12, 5-78a.13, 5-78a.14, 5-78a.15, 5-78a.16, 5-78a.17, 5-78a.18, 5-78a.19, 5-78a.1a, 5-78a.1b, 5-78a.1c, 5-78a.1d, 5-78a.1e, 5-78a.1f, 5-78a.1g, 5-78a.1h, 5-78a.1j, 5-78a.1k, 5-78a.1m, 5-78a.1n, 5-78a.1p, 5-78a.1q, 5-78a.1r, 5-78a.1s, 5-78a.1t, 5-78a.1u, 5-78a.1v, 5-78a.1w, 5-78a.1z, 5-78a.20, 5-78a.21, 5-78a.22, 5-78a.23, 5-78a.24, 5-78a.25, 5-78a.26, 5-78a.27, 5-78a.28, 5-78a.29, 5-78a.2a, 5-78a.2b, 5-78a.2c, 5-78a.2d, 5-78a.2f, 5-78a.2g, 5-78a.2h, 5-78a.2j, 5-78a.2k, 5-78a.2m, 5-78a.2n, 5-78a.2p, 5-78a.2q, 5-78a.2r, 5-78a.2s, 5-78a.2t, 5-78a.2u, 5-78a.2v, 5-78a.2w, 5-78a.2z, 5-78a.31, 5-78a.33, 5-78a.3e, 5-78a.3f, 5-78a.3h, 5-78a.3k, 5-78a.3n, 5-78a.4e, 5-78a.4f, 5-78a.4h, 5-78a.4k, 5-78a.54, 5-78a.57, 5-78a.59, 5-78a.5n,

5-78a.5p, 5-78a.5r, 5-78a.61, 5-78a.62, 5-78a.63, 5-78a.64, 5-78a.65, 5-78a.66, 5-78a.67, 5-78a.68, 5-78a.69, 5-78a.6e, 5-78a.6f, 5-78a.6g, 5-78a.6h, 5-78a.6k, 5-78a.6m, 5-78a.6n, 5-78a.6p, 5-78a.6q, 5-78a.6r, 5-78a.72, 5-78a.75, 5-78a.78, 5-78a.7b, 5-78a.7g, 5-78a.7m, 5-78a.7q, 5-78a.7v, 5-78a.80, 5-78a.81, 5-78a.82, 5-78a.83, 5-78a.84, 5-78a.85, 5-78a.86, 5-78a.87, 5-78a.88, 5-78a.89, 5-78a.8a, 5-78a.8b, 5-78a.8c, 5-78a.8d, 5-78a.8f, 5-78a.8g, 5-78a.8h, 5-78a.8k, 5-78a.8m, 5-78a.8n, 5-78a.8p, 5-78a.8q, 5-78a.8r, 5-78a.8s, 5-78a.8t, 5-78a.8u, 5-78a.8v, 5-78a.8w, 5-78a.90, 5-78a.91, 5-78a.92, 5-78a.93, 5-78a.94, 5-78a.95, 5-78a.96, 5-78a.97, 5-78a.98, 5-78a.99, 5-78a.9a, 5-78a.9b, 5-78a.9c, 5-78a.9d, 5-78a.9e, 5-78a.9f, 5-78a.9g, 5-78a.9h, 5-78a.9j, 5-78a.9k, 5-78a.9m, 5-78a.9n, 5-78a.9p, 5-78a.9q, 5-78a.9r, 5-78a.9s, 5-78a.9t, 5-78a.9u, 5-78a.9v, 5-78a.9w, 5-78a.9z, 5-78a.c1, 5-78a.c2, 5-78a.c3, 5-78a.c4, 5-78a.c5, 5-78a.c6, 5-78a.c7, 5-78a.c8, 5-78a.c9, 5-78a.ce, 5-78a.cf, 5-78a.cg, 5-78a.ch, 5-78a.ck, 5-78a.cm, 5-78a.cn, 5-78a.cp, 5-78a.cq, 5-78a.cr, 5-78a.e0, 5-78a.ea, 5-78a.eb, 5-78a.ec, 5-78a.ef, 5-78a.eh, 5-78a.ej, 5-78a.ek, 578a.en, 5-78a.ep, 5-78a.er, 5-78a.es, 5-78a.et, 5-78a.eu, 5-78a.ev, 5-78a.ew, 5-78a.ez, 5-78a.g0, 5-78a.g1, 5-78a.g2, 5-78a.g3, 5-78a.g4, 5-78a.g5, 5-78a.g6, 5-78a.g7, 5-78a.g8, 5-78a.g9, 5-78a.ga, 5-78a.gb, 5-78a.gc, 5-78a.ge, 5-78a.gf, 5-78a.gg, 5-78a.gh, 5-78a.gk, 5-78a.gm, 5-78a.gn, 5-78a.gp, 5-78a.gq, 5-78a.gr, 5-78a.gu, 5-78a.gv, 5-78a.gw, 5-78a.k0, 5-78a.k1, 5-78a.k2, 5-78a.k5, 5-78a.k6, 5-78a.k7, 5-78a.k8, 5-78a.k9, 5-78a.ka, 5-78a.kb, 5-78a.kc, 5-78a.kg, 5-78a.kh, 5-78a.kk, 5-78a.km, 5-78a.kn, 5-78a.kq, 5-78a.ks, 5-78a.kt, 5-78a.ku, 5-78a.kv, 5-78a.kw, 5-78a.kz, 5-78a.m1, 5-78a.m4, 5-78a.m5, 5-78a.m6, 5-78a.m7, 5-78a.m8, 5-78a.m9, 5-78a.ma, 5-78a.md, 5-78a.mf, 5-78a.mh, 5-78a.mm, 5-78a.mt, 5-78a.mu, 5-78a.n1, 5-78a.n3, 5-78a.n4, 5-78a.n6, 5-78a.n7, 5-78a.n9, 5-78a.nf, 5-78a.nh, 5-78a.nk, 5-78a.nn, 5-78a.np, 5-78a.nr sind nur berechnungsfähig sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat.

Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist nicht gesondert berechnungsfähig.

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <p><b>31131 Eingriff an Knochen und Gelenken</b> der Kategorie D1</p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31131 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.</i></p> | <p>134,84 €</p> <p>1088 Punkte</p> |
| <p><b>31132 Eingriff an Knochen und Gelenken</b> der Kategorie D2</p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D2 entsprechend Anhang 2</li> </ul>  | <p>219,86 €</p> <p>1774 Punkte</p> |

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31132 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.*

- 31133 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D3 327,06 €  
2639 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D3 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31133 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.*
- 
- 31134 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D4 433,89 €  
3501 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D4 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31134 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 
- 31135 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D5 654,25 €  
5279 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D5 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31135 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 
- 31136 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D6 815,98 €  
6584 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D6 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31136 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*

**31137 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D7 1.031,01 €  
*Obligatorer Leistungsinhalt* 8319 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31137 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*

**31138 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31136 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31137 88,49 €  
714 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31138 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

### **31.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)**

1. Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 Euro. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.
4. Die Gebührenordnungspositionen 31142 bis 31145 sind für therapeutische arthroskopische Eingriffe, die primär aufgrund der Diagnose Gonarthrose durchgeführt wurden, gemäß Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht berechnungsfähig. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation erfolgen, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, sofern die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die genannten

Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben zudem diejenigen arthroskopischen Eingriffe, die im Rahmen der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) gemäß Nr. 38 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden. Die Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

5. Arthroskopische Operationen zur Knochentransplantation und -transposition entsprechend den OPS-Kodes 5-784.c0, 5-784.c2, 5-784.c5, 5-784.c8, 5-784.ca bis 5-784.cd, 5-784.cg, 5-784.cm, 5-784.cq, 5-784.ct bis 5-784.cw, 5-784.d0, 5-784.d2, 5-784.d5, 5-784.d8, 5-784.da bis 5-784.dd, 5-784.dg, 5-784.dm, 5-784.dq, 5-784.dt bis 5-784.dw, 5-784.e0, 5-784.e2, 5-784.e5, 5-784.e8, 5-784.ea bis 5-784.ed, 5-784.eg, 5-784.em, 5-784.eq, 5-784.et bis 5-784.ew, 5-784.f0, 5-784.f2, 5-784.f5, 5-784.f8, 5-784.fa bis 5-784.fd, 5-784.fg, 5-784.fm, 5-784.fq und 5-784.ft bis 5-784.fw beinhalten die Leistung der geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese. Die Entnahme von Spongiosa und/oder kortikospongiösen Spänen ist gesondert berechnungsfähig.

<p><b>31141 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1</b>  <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie E1 entsprechend Anhang 2  <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31141 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.</i></p>	<p>188,13 € 1518 Punkte</p>
<p><b>31142 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2</b>  <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie E2 entsprechend Anhang 2  <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31142 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.</i></p>	<p>271,79 € 3193 Punkte</p>
<p><b>31143 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3</b>  <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p>	<p>387,05 € 3123 Punkte</p>

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31143 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.*
- 31144 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E4 511,48 €  
4127 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31144 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 31145 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E5 673,46 €  
5434 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31145 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.*
- 31146 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E6 859,36 €  
6934 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31146 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*
- 31147 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E7 982,30 €  
7926 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt



*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31147 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.*

31148 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31147 100,51 €  
811 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31148 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

### **31.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe**

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation"** (OPS: 5-069.40 (Nicht kontinuierlich [IONM]), 5-069.41 (Kontinuierlich [CIONM])) im Zusammenhang mit der Leistung 5-061.0 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.
3. Bei proktologischen Eingriffen entsprechend der OPS-Kodes 5-492.00, 5-492.01 und 5-492.02 ist der histologische Befund vorzuhalten.
4. Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.
5. Visceralchirurgische Eingriffe entsprechend dem OPS-Kode 5-431.30 sind nur bei Vorliegen eines Buried-Bumper-Syndroms berechnungsfähig.

31151 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F1 111,66 €  
901 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31151 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.*

- 31152 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F2 185,41 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1496 Punkte
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31152 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 
- 31153 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F3 279,72 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2257 Punkte
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31153 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 
- 31154 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F4 369,20 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2979 Punkte
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 
- 31155 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F5 526,22 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 4246 Punkte
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31155 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*

- 31156 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F6 707,29 €  
5707 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31156 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31157 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F7 847,09 €  
6835 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31157 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31158 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31156 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31157 86,26 €  
696 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll der den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 31158 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*
- 31161 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G1 140,05 €  
1130 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31161 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.*

- 31162 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G2 209,57 €  
1691 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2  
entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31162 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für  
die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608  
oder 31609 berechnet werden.*
- 31163 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G3 300,79 €  
2427 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3  
entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31163 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für  
die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608  
oder 31609 berechnet werden.*
- 31164 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G4 400,43 €  
3231 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4  
entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31164 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für  
die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610  
oder 31611 berechnet werden.*
- 31165 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G5 550,76 €  
4444 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5  
entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31165 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für  
die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610  
oder 31611 berechnet werden.*

<p><b>31166 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie G6  <i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31166 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.</i></p>	<p>724,15 € 5843 Punkte</p>
<p><b>31167 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie G7  <i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31167 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.</i></p>	<p>852,67 € 6880 Punkte</p>
<p><b>31168 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31166 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31167  <i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,</li> <li>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,</li> </ul> <p>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31168 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden</i></p>	<p>82,42 € 665 Punkte</p>
<p><b>31171 Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H1  <i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31171 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31622 oder 31623 berechnet werden.</i></p>	<p>138,56 € 1118 Punkte</p>
<p><b>31172 Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H2</p>	<p>200,03 €</p>

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1614 Punkte
	- Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31172 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31624 oder 31625 berechnet werden.</i>	
<b>31173</b>	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H3	271,54 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2191 Punkte
	- Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31173 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31624 oder 31625 berechnet werden.</i>	
<b>31174</b>	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H4	354,33 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2859 Punkte
	- Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31174 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31626 oder 31627 berechnet werden.</i>	
<b>31175</b>	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H5	512,59 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4136 Punkte
	- Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31175 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31626 oder 31627 berechnet werden.</i>	
<b>31176</b>	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H6	699,86 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5647 Punkte
	- Proktologischer Eingriff der Kategorie H6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31176 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31628 oder 31629 berechnet werden.*

**31177 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H7 826,89 €  
6672 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31177 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31628 oder 31629 berechnet werden.*

**31178 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31176 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31177 81,92 €  
661 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31178 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### **31.2.7 Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie**

**31181 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I1 235,10 €  
1897 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31181 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.*

**31182 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I2 294,59 €  
2377 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31182 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*

- 31183 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I3 369,32 €  
2980 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31183 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 31184 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I4 463,51 €  
3740 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31184 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31185 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I5 685,48 €  
5531 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31185 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31186 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I6 874,48 €  
7056 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31186 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31187 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I7 1.025,06 €  
8271 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*



- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31187 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31188 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31186 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31187 94,93 €  
766 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 31188 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*
- 31191 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J1 217,50 €  
1755 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31191 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.*
- 31192 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J2 283,56 €  
2288 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31192 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 31193 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J3 365,85 €  
2952 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31193 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <p>31194 <b>Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J4<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31194 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.</i></p> | <p>469,34 €<br/> 3787 Punkte</p> |
| <p>31195 <b>Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J5<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31195 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.</i></p> | <p>641,36 €<br/> 5175 Punkte</p> |
| <p>31196 <b>Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J6<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31196 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.</i></p> | <p>829,24 €<br/> 6691 Punkte</p> |
| <p>31197 <b>Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J7<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31197 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.</i></p> | <p>977,96 €<br/> 7891 Punkte</p> |
| <p>31198 <b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31196 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31197<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i></p>  | <p>94,93 €<br/> 766 Punkte</p>   |

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31198 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

<b>31201 Eingriff am Gefäßsystem</b> der Kategorie K1	140,67 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1135 Punkte
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31201 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31630 oder 31631 berechnet werden.</i>	
<b>31202 Eingriff am Gefäßsystem</b> der Kategorie K2	205,36 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1657 Punkte
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31202 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31632 oder 31633 berechnet werden.</i>	
<b>31203 Eingriff am Gefäßsystem</b> der Kategorie K3	276,74 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2233 Punkte
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31203 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31632 oder 31633 berechnet werden.</i>	
<b>31204 Eingriff am Gefäßsystem</b> der Kategorie K4	378,87 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3057 Punkte

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4  
entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31204 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31634 oder 31635 berechnet werden.*
  
- 31205 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K5 545,43 €  
4401 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5  
entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31205 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31634 oder 31635 berechnet werden.*
  
- 31206 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K6 720,18 €  
5811 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6  
entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31206 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31636 oder 31637 berechnet werden.*
  
- 31207 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K7 867,41 €  
6999 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7  
entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31207 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31636 oder 31637 berechnet werden.*
  
- 31208 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31206 bei  
Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31207 83,28 €  
672 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31208 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

31211	<b>Eingriff</b> der Kategorie L1	169,79 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1370 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31211 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.</i>	
31212	<b>Eingriff</b> der Kategorie L2	228,66 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1845 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31212 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.</i>	
31213	<b>Eingriff</b> der Kategorie L3	318,26 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2568 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31213 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.</i>	
31214	<b>Eingriff</b> der Kategorie L4	412,20 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3326 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31214 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31215 **Eingriff** der Kategorie L5 594,02 €  
4793 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31215 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31216 **Eingriff** der Kategorie L6 772,85 €  
6236 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L6 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31216 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31217 **Eingriff** der Kategorie L7 913,89 €  
7374 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L7 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31217 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 31218 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31217 90,47 €  
730 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### **31.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

1. Die Extraktion von bis zu vier einwurzeligen Zähnen oder bis zu zwei mehrwurzeligen Zähnen oder von einem mehrwurzeligen und bis zu vier einwurzeligen Zähnen muss nach den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15324 berechnet werden.

- 31221 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M1 101,13 €  
816 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M1 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31221 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31643 oder 31644 berechnet werden.*
- 31222 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M2 175,12 €  
1413 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M2 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31222 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31643 oder 31644 berechnet werden.*
- 31223 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M3 263,48 €  
2126 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31223 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31645 oder 31646 berechnet werden.*
- 31224 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M4 358,17 €  
2890 Punkte  
*Obligatorer Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31224 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31647 oder 31648 berechnet werden.*

<p><b>31225 Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M5</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M5 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31225 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31647 oder 31648 berechnet werden.</i></p>	<p>492,76 €</p> <p>3976 Punkte</p>
<p><b>31226 Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M6</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M6 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31226 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31649 oder 31650 berechnet werden.</i></p>	<p>669,12 €</p> <p>5399 Punkte</p>
<p><b>31227 Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M7</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M7 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31227 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31649 oder 31650 berechnet werden.</i></p>	<p>754,01 €</p> <p>6084 Punkte</p>
<p><b>31228 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31226 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31227</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,</li> <li>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,</li> </ul> <p>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p>	<p>72,38 €</p> <p>584 Punkte</p>



*Die Gebührenordnungsposition 31228 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### **31.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie**

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung "**Plastische Korrektur absteher Ohren: Concharotation**" (OPS: 5-184.3) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-184.0, 5-184.1 und 5-184.2 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.

**31231 Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N1 115,26 €  
930 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31231 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31656 oder 31657 berechnet werden.*

**31232 Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N2 187,64 €  
1514 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31232 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31658 oder 31659 berechnet werden.*

*Abweichend davon kann im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31232 in Verbindung mit dem OPS-Kode 5-281.5 für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504 berechnet werden.*

**31233 Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N3 282,94 €  
2283 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31233 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31658 oder 31659 berechnet werden.*

- 31234 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N4 394,85 €  
3186 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31234 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31660 oder 31661 berechnet werden.*
- 31235 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N5 550,14 €  
4439 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31235 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31660 oder 31661 berechnet werden.*
- 31236 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N6 731,09 €  
5899 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31236 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31662 oder 31663 berechnet werden.*
- 31237 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N7 900,50 €  
7266 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31237 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31662 oder 31663 berechnet werden.*
- 31238 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 31231 bis 31236 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31237 79,81 €  
644 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31238 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### 31.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie

1. Eingriffe, die nach den OPS-Kodes **5-010.00 bis 5-010.14** sowie **5-030.40 bis 5-032.42** kodiert werden, sind nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

<p><b>31241 Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O1</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31241 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.</i></p>	<p>108,57 € 876 Punkte</p>
<p><b>31242 Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O2</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O2 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31242 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.</i></p>	<p>176,48 € 1424 Punkte</p>
<p><b>31243 Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O3</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O3 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31243 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.</i></p>	<p>264,48 € 2134 Punkte</p>
<p><b>31244 Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O4</p>	<p>364,74 €</p>

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2943 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31244 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.</i>	
<b>31245</b>	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O5	528,21 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4262 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31245 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.</i>	
<b>31246</b>	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O6	699,86 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5647 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31246 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.</i>	
<b>31247</b>	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O7	847,21 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	6836 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31247 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.</i>	
<b>31248</b>	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31246 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31247	81,92 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	661 Punkte
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,	

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 31248 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*
- 31251 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P1 187,39 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1512 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P1 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31251 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.*
- 31252 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P2 254,93 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2057 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P2 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31252 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.*
- 31253 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P3 341,31 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2754 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31253 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31671 oder 31672 berechnet werden.*
- 31254 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P4 444,06 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 3583 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31254 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.*

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <p><b>31255 Zentraler neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie P5<br/> <i>Obligater Leistungsinhalt</i><br/>         - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P5 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/>         - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31255 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.</i></p>   | <p>615,08 €<br/>4963 Punkte</p> |
| <p><b>31256 Zentraler neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie P6<br/> <i>Obligater Leistungsinhalt</i><br/>         - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P6 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/>         - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31256 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.</i></p>   | <p>823,54 €<br/>6645 Punkte</p> |
| <p><b>31257 Zentraler neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie P7<br/> <i>Obligater Leistungsinhalt</i><br/>         - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P7 entsprechend Anhang 2<br/> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br/>         - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an Leistung nach der Nr. 31257 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.</i></p>   | <p>971,02 €<br/>7835 Punkte</p> |
| <p><b>31258 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31256 bei Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 31257<br/> <i>Obligater Leistungsinhalt</i><br/>         - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,<br/>         - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,<br/>         je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31258 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.</i></p> | <p>94,19 €<br/>760 Punkte</p>   |

31261	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP1 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP1 entsprechend Anhang 2 <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31261 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.</i>	344,91 € 2783 Punkte
31262	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP2 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP2 entsprechend Anhang 2 <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31262 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.</i>	392,25 € 3165 Punkte
31263	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP3 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP3 entsprechend Anhang 2 <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31263 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31671 oder 31672 berechnet werden.</i>	481,61 € 3886 Punkte
31264	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP4 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP4 entsprechend Anhang 2 <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31264 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.</i>	579,52 € 4676 Punkte
31265	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP5 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP5 entsprechend Anhang 2 <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	742,74 € 5993 Punkte

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31265 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.*

31266 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP6 924,18 €  
7457 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31266 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.*

31267 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP7 1.070,54 €  
8638 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31267 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.*

31268 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31266 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31267 89,85 €  
725 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31268 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### 31.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem

Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation des Mannes ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation des Mannes erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01854.

31271 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q1 122,20 €  
986 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*



- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31271 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.*
- 31272 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q2 202,63 €  
1635 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q2 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31272 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 31273 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q3 306,24 €  
2471 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q3 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31273 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.*
- 31274 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q4 414,93 €  
3348 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q4 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31274 kann für die postoperative Überwachung Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.*
- 31275 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q5 585,59 €  
4725 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q5 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31275 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für*

die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

- 31276 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q6 793,05 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 6399 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q6 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31276 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 
- 31277 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q7 946,24 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 7635 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q7 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31277 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.*
- 
- 31278 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31276 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31277 94,07 €  
759 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 31278 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*
- 
- 31281 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R1 147,36 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1189 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R1 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31281 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31682 oder 31683 berechnet werden.*

- 31282 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R2 224,44 €  
1811 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R2 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31282 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.*
- 31283 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R3 327,93 €  
2646 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31283 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.*
- 31284 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R4 436,62 €  
3523 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31284 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.*
- 31285 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R5 599,59 €  
4838 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31285 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.*
- 31286 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R6 788,34 €  
6361 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31286 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.*

**31287 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R7

929,01 €

*Obligater Leistungsinhalt*

7496 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31287 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.*

**31288 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31286 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31287

89,73 €

724 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31288 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

**31291 (Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR1

147,36 €

1189 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR1 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31291 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31682 oder 31683 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31291 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

- 31292 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR2 224,44 €  
1811 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR2 entsprechend Anhang 2,
  - Durchleuchtung,
  - Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31292 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31292 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 31293 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR3 327,93 €  
2646 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR3 entsprechend Anhang 2,
  - Durchleuchtung,
  - Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31293 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31293 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 31294 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR4 436,62 €  
3523 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR4 entsprechend Anhang 2,
  - Durchleuchtung,
  - Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31294 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31294 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

31295 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR5 607,15 €  
4899 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR5 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31295 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition. 31295 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

31296 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR6 815,24 €  
6578 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR6 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31296 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31296 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

31297 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR7 969,54 €  
7823 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR7 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31297 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31297 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

31298 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31296 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31297 94,07 €  
759 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31298 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

### 31.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie

1. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation der Frau ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation der Frau erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01855.
2. Die Leistung: "**Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation**" (OPS: 5-681.53) gemäß Nr. 39 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Kategorie TT2 beinhaltet die Durchführung einer diagnostischen Hysteroskopie in derselben Sitzung. Diese ist über die zusätzliche Angabe "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) zu dokumentieren.

Bei Durchführung der Leistung: "**Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation**" (OPS: 5-681.53) ohne "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) in derselben Sitzung sind folgende Abschlüsse vorzunehmen.

GOP	Abschlag in Punkten
31319	1027
31503	245
31697	163
31698	164
31822	349

3. Gynäkologische Eingriffe gemäß den OPS-Kodes 1-570.1 und 1-571.0 beinhalten die Durchführung einer Laparoskopie in derselben Sitzung.

<b>31301 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S1	104,10 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	840 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S1 entsprechend Anhang 2	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31301 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31695 oder 31696 berechnet werden.</i>	
<b>31302 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S2	155,91 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1258 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S2 entsprechend Anhang 2	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31302 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.</i>	
<b>31303 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S3	200,90 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1621 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S3 entsprechend Anhang 2	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31303 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.</i>	
<b>31304 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S4	260,63 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2103 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S4 entsprechend Anhang 2	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31304 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.</i>	



- 31305 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S5 356,68 €  
2878 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31305 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.*
- 31306 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S6 469,83 €  
3791 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S6 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31306 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.*
- 31307 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S7 527,59 €  
4257 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31307 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.*
- 31308 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31306 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31307 53,91 €  
435 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
 - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 31308 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*
- 31311 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T1 154,30 €  
1245 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie T1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31311 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31695 oder 31696 berechnet werden.*

- 31312 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T2 231,38 €  
1867 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T2 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31312 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.*
- 
- 31313 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T3 330,90 €  
2670 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T3 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31313 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.*
- 
- 31314 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T4 439,47 €  
3546 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T4 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31314 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.*
- 
- 31315 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T5 589,80 €  
4759 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T5 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31315 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.*

**31316 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T6 761,20 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 6142 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31316 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.*

**31317 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T7 919,59 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 7420 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31317 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.*

**31318 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31316 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31317 88,61 €  
715 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31318 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

**31319 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2** 302,03 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2437 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie TT2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31319 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für*

*die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.*

### **31.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie**

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
  - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um  $\geq 1$  dpt,
  - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um  $\geq 1$  dpt,
  - Abnahme der Basiskurve der besitzenden Kontaktlinse um  $\geq 0,1$  mm.
2. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400  $\mu\text{m}$  beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

#### **31321 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U1

113,28 €  
914 Punkte

##### *Obigater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U1 entsprechend Anhang 2

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31321 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31708 oder 31709 berechnet werden.*

- 31322 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U2 183,42 €  
1480 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U2 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31322 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31708 oder 31709 berechnet werden.*
- 31323 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U3 275,01 €  
2219 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U3 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31323 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31710 oder 31711 berechnet werden.*
- 31324 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U4 372,05 €  
3002 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U4 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31324 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31712 oder 31713 berechnet werden.*
- 31325 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U5 521,76 €  
4210 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31325 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31712 oder 31713 berechnet werden.*
- 31326 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U6 716,83 €  
5784 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31326 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31714 oder 31715 berechnet werden.*

<p><b>31327 Extraocularer Eingriff</b> der Kategorie U7</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U7 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31327 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31714 oder 31715 berechnet werden.</i></p>	<p>850,06 €</p> <p>6859 Punkte</p>
<p><b>31328 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31326 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31327</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,</li> <li>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,</li> </ul> <p>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31328 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.</i></p>	<p>76,84 €</p> <p>620 Punkte</p>
<p><b>31331 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V1</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31331 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.</i></p>	<p>192,10 €</p> <p>1550 Punkte</p>
<p><b>31332 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V2</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul>	<p>262,86 €</p> <p>2121 Punkte</p>

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31332 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.*

**31333 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V3 353,46 €  
2852 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31333 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.*

**31334 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V4 475,16 €  
3834 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31334 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31720 oder 31721 berechnet werden.*

**31335 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V5 679,16 €  
5480 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31335 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31720 oder 31721 berechnet werden.*

**31336 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V6 919,47 €  
7419 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31336 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31722 oder 31723 berechnet werden.*

<p><b>31337 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V7  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie V7 entsprechend Anhang 2  <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31337 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31722 oder 31723 berechnet werden.</i></p>	<p>1.088,76 € 8785 Punkte</p>
<p><b>31338 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31336 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31337  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 31338 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden</i></p>	<p>104,60 € 844 Punkte</p>
<p><b>31341 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W1  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie W1 entsprechend Anhang 2  <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31341 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31724 oder 31725 berechnet werden.</i></p>	<p>86,01 € 694 Punkte</p>
<p><b>31342 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W2  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie W2 entsprechend Anhang 2  <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</p> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31342 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31726 oder 31727 berechnet werden.</i></p>	<p>144,01 € 1162 Punkte</p>
<p><b>31343 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W3</p>	<p>198,42 € 1601 Punkte</p>



*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31343 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31726 oder 31727 berechnet werden.*

<b>31344 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W4	265,47 € 2142 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W4 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31344 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31728 oder 31729 berechnet werden.</i>	
<b>31345 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W5	378,49 € 3054 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W5 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31345 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31728 oder 31729 berechnet werden.</i>	
<b>31346 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W6	503,42 € 4062 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W6 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt</li></ul>	
<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31346 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31730 oder 31731 berechnet werden.</i>	
<b>31347 Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W7	583,48 € 4708 Punkte
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W7 entsprechend Anhang 2</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31347 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31730 oder 31731 berechnet werden.*

31348 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31346 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31347 63,45 €  
512 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31348 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden*

31350 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X1 425,84 €  
3436 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31350 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.*

*Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31350 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 31801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 31820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 31840 berechnet werden.*

31351 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X2 465,25 €  
3754 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31351 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.*

*Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31351 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 31801 bei Erbringung durch den Operateur*

*bzw. 31820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 31841 berechnet werden.*

- 31362 Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)** gemäß Nr. 13 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 126,66 €  
1022 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Eingriff der Kategorie Y2 entsprechend Anhang 2,
  - Anpassung einer Verbandlinse,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
  - Kontrolle(n) der Verbandlinse,
- je Auge innerhalb von 21 Tagen einmal berechnungsfähig
- 
- 31364 Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 362,63 €  
2926 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
  - Anpassung einer Verbandlinse,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
  - Kontrolle(n) der Verbandlinse,
- je Auge
- Die Gebührenordnungsposition 31364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 31364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*
- 
- 31371 Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 206,35 €  
1665 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- In der Gebührenordnungsposition 31371 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31371 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der*

*Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31371 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.*

**31372 Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z1: **Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 206,35 €  
1665 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*In der Gebührenordnungsposition 31372 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31372 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.*

**31373 Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z9: **Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 269,56 €  
2175 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie Z9 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*In der Gebührenordnungsposition 31373 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe sowie eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31373 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.*

31020	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31271</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	3,47 € 28 Punkte
31021	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31342</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	3,59 € 29 Punkte
31022	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31371, 31372 und 31373</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	6,32 € 51 Punkte
31023	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31101</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	6,94 € 56 Punkte
31024	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31102</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	7,19 € 58 Punkte
31025	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31341</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	8,43 € 68 Punkte
31026	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31301</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	9,67 € 78 Punkte

31027	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31231 und 31242</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	13,63 € 110 Punkte
31028	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31171</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	13,76 € 111 Punkte
31029	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31103</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	14,75 € 119 Punkte
31030	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31121</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	15,49 € 125 Punkte
31031	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31122 und 31302</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	15,99 € 129 Punkte
31032	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31281</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	16,36 € 132 Punkte
31033	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31232</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	16,98 € 137 Punkte
31034	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31211, 31221 und 31321</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	17,23 € 139 Punkte
31035	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31096</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	17,60 € 142 Punkte
31036	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31097 und 31364</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	18,34 € 148 Punkte
31037	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31141</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	19,09 € 154 Punkte
31038	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31131</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	19,33 € 156 Punkte
31039	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31132 und 31362</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	20,08 € 162 Punkte
31040	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungspositionen 31111, 31201 und 31311</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu den</b>	20,82 € 168 Punkte
31041	<b>Zuschlag für zusätzlichen Gebührenordnungsposition 31104</b>	<b>Hygieneaufwand</b>	<b>zu der</b>	21,56 € 174 Punkte

31042	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31112, 31222, 31272 und 31322	21,69 € 175 Punkte
31043	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31251 und 31331	23,67 € 191 Punkte
31044	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31113 und 31273	24,29 € 196 Punkte
31045	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31142, 31282 und 31292	24,66 € 199 Punkte
31046	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31213	26,15 € 211 Punkte
31047	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31114 und 31324	26,89 € 217 Punkte
31048	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31152, 31172, 31202, 31212 und 31252	27,02 € 218 Punkte
31049	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143, 31243, 31263, 31283 und 31293	27,27 € 220 Punkte
31050	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31105	27,89 € 225 Punkte
31051	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31312, 31319 und 31332	29,25 € 236 Punkte
31052	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31233 und 31323	29,62 € 239 Punkte
31053	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31124, 31134, 31144, 31244, 31274, 31284 und 31294	29,87 € 241 Punkte
31054	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31125	30,24 € 244 Punkte
31055	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31223	30,74 € 248 Punkte

31056	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31153, 31173, 31303 und 31333	31,97 € 258 Punkte
31057	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31174 und 31234	32,22 € 260 Punkte
31058	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31191	32,72 € 264 Punkte
31059	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31192	33,83 € 273 Punkte
31060	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31126	34,21 € 276 Punkte
31061	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31115 und 31334	34,58 € 279 Punkte
31062	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31162	36,31 € 293 Punkte
31063	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31106, 31116 und 31236	37,30 € 301 Punkte
31064	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31135, 31145, 31245, 31255, 31275, 31295, 31325 und 31335	37,68 € 304 Punkte
31065	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31253	38,30 € 309 Punkte
31066	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31117	38,54 € 311 Punkte
31067	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31246 und 31276	40,28 € 325 Punkte
31068	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31163, 31193, 31203 und 31313	40,65 € 328 Punkte
31069	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31247 und 31277	41,52 € 335 Punkte
31070	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31136, 31224 und 31254	42,63 € 344 Punkte



31071	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31127 und 31137	43,87 € 354 Punkte
31072	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31216	44,74 € 361 Punkte
31073	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31154, 31164, 31194, 31204, 31214, 31304 und 31314	44,99 € 363 Punkte
31074	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31225, 31235 und 31285	55,52 € 448 Punkte
31075	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31315	57,75 € 466 Punkte
31076	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31155, 31165, 31175, 31195, 31205, 31215 und 31305	58,00 € 468 Punkte
31077	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31146, 31226, 31256 und 31286	59,98 € 484 Punkte
31078	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31316	62,09 € 501 Punkte
31079	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31147, 31227 und 31237	62,21 € 502 Punkte
31080	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31156, 31166, 31176, 31196, 31206 und 31306	62,34 € 503 Punkte
31081	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31197 und 31287	64,32 € 519 Punkte
31082	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31157, 31167, 31177, 31207, 31257 und 31307	64,57 € 521 Punkte
<b>31.2.20 Förderung der Ambulantisierung</b>		
31451	Zuschlag I zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-844.02, 5-844.03, 5-844.05, 5-844.06, 5-844.12, 5-844.13, 5-844.15, 5-844.16, 5-844.23, 5-844.25, 5-844.32, 5-844.33, 5-844.35, 5-844.36, 5-844.42, 5-844.43, 5-844.45, 5-844.46, 5-844.52, 5-844.53, 5-844.55, 5-844.56, 5-844.62,	27,64 € 223 Punkte

5-844.63, 5-844.65, 5-844.66, 5-844.70, 5-844.72, 5-844.73, 5-844.74,  
 5-844.76, 5-902.05, 5-902.06, 5-902.07, 5-902.08, 5-902.09, 5-902.0a,  
 5-902.0b, 5-902.0c, 5-902.0d, 5-902.0e, 5-902.0f, 5-902.0g, 5-902.15,  
 5-902.16, 5-902.17, 5-902.18, 5-902.19, 5-902.1a, 5-902.1b, 5-902.1c,  
 5-902.1d, 5-902.1e, 5-902.1f, 5-902.1g, 5-902.25, 5-902.26, 5-902.27,  
 5-902.28, 5-902.29, 5-902.2a, 5-902.2b, 5-902.2c, 5-902.2d, 5-902.2e,  
 5-902.2f, 5-902.2g, 5-902.f5, 5-902.f6, 5-902.f7, 5-902.f8, 5-902.fa,  
 5-902.fb, 5-902.fc, 5-902.fd, 5-902.fe, 5-902.ff, 5-902.fg, 5-902.h5,  
 5-902.h6, 5-902.h7, 5-902.h8, 5-902.ha, 5-902.hb, 5-902.hc, 5-902.hd,  
 5-902.he, 5-902.hf, 5-902.hg

31452 Zuschlag II zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.3, 5-057.4, 5-057.9, 5-214.0, 5-214.5, 5-399.7, 5-399.d, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-810.3r, 5-811.0h, 5-811.1h, 5-819.0h, 5-844.75, 5-902.00, 5-902.04, 5-902.10, 5-902.14, 5-902.20, 5-902.24, 5-902.34, 5-902.40, 5-902.44, 5-902.45, 5-902.46, 5-902.47, 5-902.48, 5-902.4a, 5-902.4b, 5-902.4c, 5-902.4d, 5-902.4e, 5-902.4f, 5-902.50, 5-902.54, 5-902.55, 5-902.56, 5-902.57, 5-902.58, 5-902.5a, 5-902.5b, 5-902.5c, 5-902.5d, 5-902.5e, 5-902.5f, 5-902.f0, 5-902.f4, 5-902.f9, 5-902.h0, 5-902.h4, 5-902.h9

32,59 €  
263 Punkte

31453 Zuschlag III zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.0, 5-057.2, 5-214.6, 5-214.70, 5-214.72, 5-399.5, 5-399.6, 5-399.b0, 5-399.b1, 5-399.b2, 5-399.c, 5-493.20, 5-493.21, 5-493.22, 5-493.5, 5-493.60, 5-493.61, 5-493.62, 5-493.70, 5-493.71, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.34, 5-535.0, 5-535.34, 5-536.0, 5-624.5, 5-631.0, 5-631.1, 5-631.2, 5-810.00, 5-810.01, 5-810.04, 5-810.05, 5-810.06, 5-810.07, 5-810.08, 5-810.09, 5-810.0h, 5-810.0k, 5-810.0t, 5-810.41, 5-810.70, 5-810.7h, 5-810.96, 5-810.97, 5-810.98, 5-810.99, 5-810.9k, 5-811.07, 5-811.20, 5-811.21, 5-811.24, 5-811.25, 5-811.26, 5-811.27, 5-811.28, 5-811.29, 5-811.2g, 5-811.2h, 5-811.2k, 5-811.2m, 5-811.2r, 5-811.2s, 5-811.2t, 5-811.40, 5-811.41, 5-811.44, 5-811.45, 5-811.46, 5-811.48, 5-811.49, 5-811.4g, 5-811.4h, 5-811.4k, 5-811.4m, 5-811.4s, 5-811.4t, 5-812.00, 5-812.01, 5-812.04, 5-812.05, 5-812.06, 5-812.07, 5-812.08, 5-812.09, 5-812.0g, 5-812.0h, 5-812.0k, 5-812.0m, 5-812.0s, 5-812.0t, 5-812.5, 5-812.e0, 5-812.e1, 5-812.e4, 5-812.e5, 5-812.e7, 5-812.eg, 5-812.eh, 5-812.ek, 5-812.es, 5-812.et, 5-812.f5, 5-812.fn, 5-812.k1, 5-812.k4, 5-812.k5, 5-812.k6, 5-812.k8, 5-812.k9, 5-812.kk, 5-812.km, 5-812.kn, 5-812.ks, 5-812.kt, 5-814.7, 5-819.00, 5-819.01, 5-819.04, 5-819.05, 5-819.07, 5-819.08, 5-819.09, 5-819.0g, 5-819.0k, 5-819.0m, 5-819.0q, 5-819.0s, 5-819.0t, 5-819.1h, 5-819.1k, 5-819.1s, 5-844.00, 5-844.01, 5-844.04, 5-844.10, 5-844.14, 5-844.20, 5-844.30, 5-844.31, 5-844.34, 5-844.40, 5-844.41, 5-844.54, 5-844.57, 5-844.60, 5-844.61, 5-844.64, 5-844.71, 5-844.77, 5-847.05, 5-847.15, 5-847.25, 5-847.36, 5-847.45, 5-847.65, 5-902.49, 5-902.4g, 5-902.59, 5-902.5g, 5-902.60, 5-902.64, 5-902.65, 5-902.66, 5-902.67, 5-902.68, 5-902.69, 5-902.6a, 5-902.6b, 5-902.6c, 5-902.6d, 5-902.6e, 5-902.6f, 5-902.6g

44,62 €  
360 Punkte

- 31454 **Zuschlag IV zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-530.00, 5-530.01, 5-530.03, 5-530.33, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-534.35, 5-536.10, 5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.0c, 5-788.40, 5-788.41, 5-788.42, 5-788.52, 5-788.53, 5-788.56, 5-788.57, 5-788.58, 5-788.5c, 5-788.5d, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.66, 5-788.67, 5-844.11, 5-847.03, 5-847.13, 5-847.23, 5-847.33, 5-847.43, 5-847.63** 100,39 €  
810 Punkte
- 31455 **Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12** 119,10 €  
961 Punkte
- 31456 **Zuschlag VI zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.3, 5-530.73, 5-530.74, 5-624.4, 5-788.44, 5-788.5h, 5-788.63, 5-788.64, 5-788.69, 5-810.40, 5-810.44, 5-810.45, 5-810.47, 5-810.4k, 5-810.4s, 5-810.4t, 5-810.51, 5-810.5h, 5-811.30, 5-811.31, 5-811.34, 5-811.35, 5-811.36, 5-811.37, 5-811.38, 5-811.39, 5-811.3h, 5-811.3s, 5-811.3t, 5-812.34, 5-812.37, 5-812.39, 5-812.3h, 5-812.3k, 5-812.3m, 5-812.7, 5-812.97, 5-812.b, 5-812.fg, 5-812.kg, 5-813.d, 5-847.00, 5-847.02, 5-847.10, 5-847.12, 5-847.20, 5-847.22, 5-847.24, 5-847.30, 5-847.32, 5-847.34, 5-847.37, 5-847.40, 5-847.42, 5-847.44, 5-847.50, 5-847.52, 5-847.54, 5-847.60, 5-847.62, 5-847.67, 5-847.72** 163,96 €  
1323 Punkte
- 31457 **Zuschlag VII zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-810.20, 5-810.24, 5-810.25, 5-810.27, 5-810.2g, 5-810.2h, 5-810.2k, 5-810.2m, 5-810.2s, 5-810.2t, 5-810.30, 5-810.34, 5-810.37, 5-810.3h, 5-810.3k, 5-810.3m, 5-810.3s, 5-810.3t, 5-810.4g, 5-810.50, 5-810.54, 5-810.57, 5-810.5g, 5-810.5s, 5-810.5t, 5-810.60, 5-810.6h, 5-811.3g, 5-812.30, 5-812.3g, 5-812.9h, 5-812.9k, 5-812.n0, 5-812.n1, 5-812.n2, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.3, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.8, 5-814.9, 5-814.b, 5-819.4, 5-847.01, 5-847.11, 5-847.21, 5-847.31, 5-847.41, 5-847.51** 238,33 €  
1923 Punkte
- 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2**

### 31.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine schriftliche Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet. Die Vereinbarung ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachzuweisen.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247, 34504 und 34505 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 31.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 31.2 oder 31.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 31.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

### 31.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2

31501 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 31121) oder einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 oder 31342 17,47 €  
141 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 31501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

- 31502 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31221, 31231, 31241, 31271, 31281, 31301, 31321, 31331, 31350, 31371, 31372 oder 31373 (außer Biopsieleistungen der Kategorie C1) 30,12 €  
243 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
  - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
  - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
  - EKG-Monitoring
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31502 für die postoperative Überwachung nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 31371 bis 31373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*
- Die Gebührenordnungsposition 31502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*
- 
- 31503 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31151, 31152, 31161, 31162, 31171, 31172, 31201, 31202, 31211, 31212, 31222, 31232, 31242, 31272, 31282, 31291, 31292, 31302, 31311, 31312, 31319, 31322, 31332 oder 31351 60,48 €  
488 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
  - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
  - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
  - EKG-Monitoring
- Die Gebührenordnungsposition 31503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*
- 
- 31504 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31103, 31104, 31113, 31114, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144, 31181, 31182, 31191, 31192, 31223, 31224, 31232, 31233, 31234, 31243, 31244, 31251, 31252, 31253, 31254, 31261, 31262, 31323, 31324, 31333, 31334, 31343 oder 31344 86,01 €  
694 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 31504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**31505 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31163, 31164, 31173, 31174, 31203, 31204, 31213, 31214, 31225, 31235, 31245, 31255, 31273, 31274, 31283, 31284, 31293, 31294, 31303, 31304, 31313, 31314, 31325, 31335 oder 31345 121,08 €  
977 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 31505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**31506 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31155, 31165, 31175, 31205, 31215, 31226, 31236, 31246, 31256, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31326, 31336 oder 31346 172,02 €  
1388 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 31506 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**31507 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31097, 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31156, 31157, 31166, 31167, 31176, 31177, 31206, 31207, 31216, 31217, 31227, 31237, 31247, 31276, 31277, 31286, 31287, 31296, 31297, 31306, 31307, 31316, 31317, 31327, 31337 oder 31347

227,79 €  
1838 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 31507 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**31.3.3 Postoperative Nachbeobachtung nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2**

1. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im unmittelbaren Anschluss an die postoperative Überwachung nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist je vollendete 30 Minuten zur Verlängerung der postoperativen Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 berechnungsfähig, bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

oder

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

und/oder

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

und/oder

- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen ist die Überschreitung der unter Nr. 2 angegebenen Überwachungszeiten.

Die postoperative Überwachungszeit nach den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 und die verlängerte

Nachbeobachtungszeit nach der Gebührenordnungsposition 31530 darf in Summe nicht das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit gemäß Nr. 2 übersteigen.

Die Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten sind durch die Verlaufs-/Patientendokumentation nachzuweisen. Erfolgt eine Nachbeobachtung im Anschluss an die Erbringung eines operativen Eingriffs der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2, ohne dass zusätzlich die patientenbezogenen Abrechnungsvoraussetzungen gemäß der Spiegelstriche 1 bis 3 erfüllt sind, ist dies medizinisch zu begründen.

Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im Anschluss an die Erbringung von Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347, 31350 und 31351, 31362, 31364 und 31371 bis 31373 nicht berechnungsfähig.

2. Als Berechnungsgrundlagen für die Nachbeobachtung gemäß Nr. 1 gelten folgende Zeiten:

Postoperative Überwachungskomplexe in Abschnitt 31.3.2 EBM

- 31501: 0,5 Stunden
- 31502: 1 Stunde
- 31503: 2 Stunden
- 31504: 3 Stunden
- 31505: 4 Stunden
- 31506: 6 Stunden
- 31507: 8 Stunden

3. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im unmittelbaren Anschluss an die jeweilige postoperative Überwachung berechnungsfähig bis zu einem Gesamthöchstwert von

- 8 Stunden für die OPS-Kodes: 1-694, 5-463.11, 5-530.03, 5-530.1, 5-530.33, 5-530.34, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-531.34, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.33, 5-534.34, 5-534.35, 5-535.0, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.34, 5-535.35, 5-536.0, 5-536.10, 5-536.45, 5-536.46, 5-536.47, 5-536.48, 5-563.4,
- 16 Stunden für die OPS-Kodes: 5-401.80, 5-401.90, 5-401.91, 5-401.92, 5-401.j, 5-469.11, 5-469.21, 5-530.00, 5-530.01, 5-530.02, 5-530.5, 5-530.73, 5-530.74, 5-531.5, 5-531.73, 5-531.74, 5-534.36, 5-534.37, 5-535.36, 5-535.37, 5-536.11, 5-536.49, 5-536.4a, 5-550.1, 5-622.0, 5-651.82, 5-651.92, 5-651.a2, 5-651.b2, 5-657.62, 5-657.72, 5-657.82, 5-657.92, 5-659.22, 5-665.42, 5-665.52, 5-704.4t, 5-704.5b, 5-704.5c, 5-704.5d, 5-704.5s, 5-704.5t, 5-704.66, 5-704.67, 5-704.6k, 5-704.6m,
- 24 Stunden für die OPS-Kodes: 5-448.22, 5-448.42, 5-448.52, 5-448.62, 5-470.10, 5-470.11, 5-511.11, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.71, 5-530.72, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.71, 5-531.72, 5-538.41, 5-538.91, 5-538.a, 5-538.b, 5-550.21, 5-550.31, 5-552.2, 5-562.4, 5-562.5, 5-562.8, 5-562.9, 5-569.31, 5-569.41, 5-652.52, 5-652.62, 5-653.22, 5-653.32, 5-656.82, 5-656.92, 5-656.a2, 5-661.42, 5-661.52, 5-661.62, 5-666.82, 5-666.92, 5-666.a2, 5-666.b2, 5-681.32, 5-681.82,



- 5-681.92, 5-682.02, 5-682.12, 5-683.02, 5-683.03, 5-683.12, 5-683.13, 5-683.22, 5-683.23, 5-685.02, 5-692.02.
4. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31540 unmittelbar an die jeweilige postoperative Überwachungszeit berechnungsfähig bis zu einem Gesamthöchstwert von
- 16 Stunden für die OPS-Kodes: 5-802.4, 5-804.5, 5-804.6, 5-804.8, 5-812.3h, 5-812.90, 5-812.9h, 5-815.20, 5-815.21, 5-815.22, 5-815.23, 5-815.30, 5-815.31, 5-815.32, 5-815.33, 5-852.d8, 5-853.08,
  - 24 Stunden für die OPS-Kodes: 5-803.6, 5-803.7, 5-803.8, 5-805.2, 5-805.7, 5-805.8, 5-809.10, 5-810.20, 5-810.2h, 5-810.6h, 5-812.30, 5-812.3g, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.5, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.8, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.d, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.g, 5-813.h, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.7, 5-814.8, 5-814.9, 5-814.b, 5-814.e, 5-822.g1, 5-850.c1, 5-852.h1, 5-855.71.
5. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist bei mehreren Indikationen zur verlängerten Nachbeobachtung gemäß Nr. 1 und/oder Nr. 3 und/oder Nr. 4 bis zum Höchstwert der größten Stundenzahl berechnungsfähig.
- Die Gebührenordnungsposition 31540 ist maximal bis zum Höchstwert gemäß Nr. 4 berechnungsfähig.
6. Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31530 sind ab einem Gesamthöchstwert von mehr als 16 Stunden oder wenn die Patienten aus medizinischen oder organisatorischen Gründen die Nacht in der an die operierende Einrichtung räumlich angegliederten Nachbeobachtungs-Einheit der selben Betriebsstätte verbringen, die nachfolgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
- Personalanforderungen
    - Anwesenheit mindestens einer medizinischen Fachkraft, die über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Betreuung von Patienten nach den jeweils durchgeführten Eingriffen verfügt; das den Patienten zugeordnete Pflegepersonal orientiert sich an der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie,
    - Verfügbarkeit eines im Zusammenhang mit den entsprechenden Eingriffen qualifizierten Arztes zur Einschätzung von möglichen eingriffsbezogenen Komplikationen,
    - Mindestens telefonische Erreichbarkeit des operierenden bzw. des behandelnden Arztes und eines Anästhesisten
  - Notfallversorgung
    - Vorliegen eines strukturierten standort- und risikospezifischen Notfallplans für Zwischenfälle in Bezug auf das angebotene Leistungsspektrum mit Festlegung aller erforderlichen Maßnahmen und Verantwortlichkeiten für mögliche Notfallsituationen einschließlich Reanimation,

- Jährliche Teilnahme des Personals an Fort- und Weiterbildungen im Notfall-Management einschließlich Reanimationstraining,
- Räumliche Nähe zu einem OP/Eingriffsraum,
- Möglichkeit einer umgehenden Verlegung in eine (intensiv-)stationäre Abteilung,
- Ausstattung:
  - Pulsoxymeter, Blutdruck- und EKG-Monitoring für die kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter,
  - Zubehör für die manuelle Beatmung und Intubation,
  - Sauerstoffversorgung und Absaugung,
  - Reanimationszubehör (Defibrillator),
  - Blutzuckermessgerät,
  - Körpertemperaturmessgerät
- Notfallmedikamente und Infusionslösungen,
- POCT (Troponin- und Hämoglobinbestimmung),
- Verbandsmaterial,
- Regelmäßige Überprüfung und Dokumentation der Notfallsausstattung
- Baulich-räumliche Voraussetzungen
  - Unbehinderte Zufahrt und Haltemöglichkeit für einen nötigen Krankentransport,
  - Bettenzimmer mit ausreichend Platz für von allen Seiten zugängliche Betten plus Schrankteil und Möglichkeit der Nutzung eines abschließbaren Wertsachenfaches,
  - Ausreichend Platz für den Einsatz von Rollstühlen und Rollatoren,
  - (Not-)Rufanlage an allen Betten, im Bad und auf den Toiletten,
  - Barrierefreier Sanitärraum mit Waschbecken und Toilette [ggf. inkl. Sichtschutz bei Mehrbettzimmern],
  - Getrennte Sanitärräume für Patienten und Personal,
  - Personalumkleidebereich
- Hygieneanforderungen
  - Vorhalten eines Hygieneplans
    - Regelungen zur Aufbereitung von Betten,
    - Regelungen für die Aufbewahrung von Sterilgut,
    - Regelungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten,
    - Regelungen für die Entsorgung von Fäkalien
- Weitere Anforderungen
  - Dokumentation festzulegender Überwachungsparameter sowie etwaiger Auffälligkeiten/Prozeduren,
  - Regelungen zum Schmerzmanagement,
  - Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit Getränken,
  - Aufenthaltsmöglichkeit für Begleitpersonen, z. B. bei Kindern oder dementen Patienten

**31530 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei  
sich anschließender Nachbeobachtung**

**9,54 €  
77 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Betreuung eines Patienten,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Infusion(en),

je vollendete 30 Minuten

*Ab der fünften Leistung im Anschluss an eine Leistung gemäß Abschnitt 31.3.2 wird die Gebührenordnungsposition 31530 mit 68 Punkten bewertet.*

*Abweichend von 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 31530 an dem Tag zu berechnen, an dem der Eingriff stattgefunden hat. Erfolgt eine Nachbeobachtung in der Zeit zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, sind die Leistungen in diesem Zeitraum nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.*

*Die Gebührenordnungsposition 31530 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 berechnungsfähig.*

**31540 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31530 für die Überprüfung (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) und/oder Unterhaltung eines zur Analgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters bei Durchführung einer Leistung gemäß der in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 31.3.3 EBM genannten OPS-Kodes**

4,09 €  
33 Punkte

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandswechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen Medikamentenpumpe,
- Aufklärung über eine patientenkontrollierte Analgesie (PCA)

*Abweichend von 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 31540 an dem Tag zu berechnen, an dem der Eingriff stattgefunden hat. Erfolgt eine Nachbeobachtung in der Zeit zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, sind die Leistungen in diesem Zeitraum nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.*

*Die Gebührenordnungsposition 31540 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 30731, 30740, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**31.4 Postoperative Behandlungskomplexe****31.4.1 Präambel**

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung

- eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.
2. In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
  3. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
  4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.
  5. Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.
  6. Postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung nach § 115f SGB V sind von Vertragsärzten zeitlich befristet bis 31. Dezember 2025 nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Die berechnungsfähige Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode der durchgeführten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ist für die postoperative Behandlung durch Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs die Gebührenordnungsposition 31600 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung, ist bei postoperativer Behandlung durch den Operateur die Gebührenordnungsposition 31611 und bei postoperativer Behandlung im fachärztlichen Versorgungsbereich auf Überweisung des Operateurs die Gebührenordnungsposition 31610 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Bei Durchführung einer Leistung der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung nach § 115f SGB V durch ein Krankenhaus können die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4.2 bzw. 31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der

Präambel 31.4.1 ohne Vorliegen einer Überweisung des Operateurs einmalig je Eingriff berechnet werden.

### **31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich**

**31601 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Überweisung durch den Operateur 18,09 €  
146 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31601 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31602 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Erbringung durch den Operateur 10,53 €  
85 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31602 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis*

15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31608 **Postoperative Behandlung** nach Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31273 bei Überweisung durch den Operateur 29,74 €  
240 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31608 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31609 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31273 bei Erbringung durch den Operateur 22,06 €  
178 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31609 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31610 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Überweisung durch den Operateur 37,30 €  
301 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
  - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31610 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31611 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Erbringung durch den Operateur 29,74 €  
240 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
  - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31611 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31612 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31097, 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 45,11 €  
364 Punkte

31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels 30.7,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31612 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31613 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31097, 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Erbringung durch den Operateur

37,55 €  
303 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels 30.7,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31613 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*



- 31614 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Überweisung durch den Operateur 21,07 €  
170 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands
  - Drainagewechsel
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31614 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 31614 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352 und 27331 berechnungsfähig.*
- 31615 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Erbringung durch den Operateur 13,51 €  
109 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands
  - Drainagewechsel
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31615 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 31615 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,*

02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31616 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Überweisung durch den Operateur 33,96 €  
274 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31616 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31616 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31617 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Erbringung durch den Operateur 26,27 €  
212 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31617 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310,*

18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 31617 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31618 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Überweisung durch den Operateur 44,00 €  
355 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31618 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31618 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31619 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Erbringung durch den Operateur 36,31 €  
293 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,

- Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31619 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31619 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31620 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31126, 31127, 31136, 31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Überweisung durch den Operateur 51,68 €  
417 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31620 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31620 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31621 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31126, 31127, 31136, 44,12 €  
356 Punkte

31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Erbringung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31621 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31621 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31622 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31171 bei Überweisung durch den Operateur 22,06 €  
178 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31622 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31623 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31171 bei Erbringung durch den Operateur 14,50 €  
117 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
  - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31623 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31624 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31172 oder 31173 bei Überweisung durch den Operateur 31,36 €  
253 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
  - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31624 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31625 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31172 oder 31173 bei Erbringung durch den Operateur 23,67 €  
191 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31625 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31626 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31174 oder 31175 bei Überweisung durch den Operateur 41,52 €  
335 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31626 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31627 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31174 oder 31175 bei Erbringung durch den Operateur 33,71 €  
272 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,

- Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31627 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31628 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31176 oder 31177 bei Überweisung durch den Operateur 49,20 €  
397 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31628 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31629 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31176 oder 31177 bei Erbringung durch den Operateur 41,52 €  
335 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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



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

*Die Gebührenordnungsposition 31629 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31630 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31201 bei Überweisung durch den Operateur 22,06 €  
178 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31630 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31630 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

31631 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31201 bei Erbringung durch den Operateur 14,50 €  
117 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31631 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31631 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31632 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31202 oder 31203 bei Überweisung durch den Operateur 31,36 €  
253 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31632 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31632 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31633 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31202 oder 31203 bei Erbringung durch den Operateur 23,67 €  
191 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31633 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31633 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

- 31634 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31204 oder 31205 bei Überweisung durch den Operateur 41,52 €  
335 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31634 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31634 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

- 31635 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31204 oder 31205 bei Erbringung durch den Operateur 33,71 €  
272 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,

- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31635 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31635 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31636 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 49,20 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31206 oder 31207 bei 397 Punkte  
Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31636 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31636 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31637 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 41,52 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31206 oder 31207 bei 335 Punkte  
Erbringung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,

- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31637 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31637 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

31643 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31221 oder 31222 bei Überweisung durch den Operateur 18,09 €  
146 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31643 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31644 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31221 oder 31222 bei Erbringung durch den Operateur 10,53 €  
85 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31644 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31645 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31223 bei Überweisung durch den Operateur 29,74 €  
240 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31645 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31646 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31223 bei Erbringung durch den Operateur 22,06 €  
178 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31646 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31647 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31224 oder 31225 bei Überweisung durch den Operateur 37,30 €  
301 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31647 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31648 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31224 oder 31225 bei Erbringung durch den Operateur 29,74 €  
240 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31648 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365,*

10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31649 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31226 oder 31227 bei Überweisung durch den Operateur 45,11 €  
364 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31649 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31650 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31226 oder 31227 bei Erbringung durch den Operateur 37,55 €  
303 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31650 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31656 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31231 bei Überweisung durch den Operateur 17,23 €  
139 Punkte



*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31656 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31657 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31231 bei Erbringung durch den Operateur 10,66 €  
86 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31657 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31658 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31232 oder 31233 bei Überweisung durch den Operateur 33,59 €  
271 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,

- Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31658 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31659 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31232 oder 31233 bei Erbringung durch den Operateur 26,77 €  
216 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31659 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31660 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31234 oder 31235 bei Überweisung durch den Operateur 40,65 €  
328 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31660 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den*

*Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31661 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31234 oder 31235 bei Erbringung durch den Operateur 33,96 €  
274 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31661 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31662 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31236 oder 31237 bei Überweisung durch den Operateur 51,06 €  
412 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31662 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31663 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31236 oder 31237 bei Erbringung durch den Operateur 44,37 €  
358 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31663 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31669 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31251, 31252, 31261 oder 31262 bei Überweisung durch den Operateur 18,09 €  
146 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Drainagewechsel,
  - Drainageentfernung,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31669 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31670 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31251, 31252, 31261 oder 31262 bei Erbringung durch den Operateur 10,53 €  
85 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31670 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31671 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 29,74 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31253 oder 31263 bei 240 Punkte  
Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31671 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31672 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 22,06 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31253 oder 31263 bei 178 Punkte  
Erbringung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31672 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31673 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Überweisung durch den Operateur 37,30 €  
301 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31673 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31674 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Erbringung durch den Operateur 29,74 €  
240 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31674 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365,*

10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31675 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Überweisung durch den Operateur 45,11 €  
364 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31675 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31676 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Erbringung durch den Operateur 37,55 €  
303 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31676 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31682 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31281 oder 31291 bei Überweisung durch den Operateur 18,47 €  
149 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31682 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31682 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31683 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31281 oder 31291 bei Erbringung durch den Operateur 12,02 €  
97 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31683 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31683 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31684 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Überweisung durch den Operateur 30,98 €  
250 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*



- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31684 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31684 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31685 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Erbringung durch den Operateur 24,29 €  
196 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31685 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31685 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31686 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Überweisung durch den Operateur 37,06 €  
299 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,

- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31686 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31686 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31687 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Erbringung durch den Operateur 30,36 €  
245 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

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

*Die Gebührenordnungsposition 31687 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31687 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31688 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31286, 31287, 31296 oder 31297 bei Überweisung durch den Operateur 41,77 €  
337 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31688 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31688 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31689 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 35,20 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31286, 31287, 31296 284 Punkte  
oder 31297 bei Erbringung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31689 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31689 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31695 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung 19,95 €  
entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31301 oder 31311 bei 161 Punkte  
Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,

- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31695 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31695 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31696 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31301 oder 31311 bei Erbringung durch den Operateur 12,64 €  
102 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31696 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31696 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31697 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31302, 31303, 31312, 31313 oder 31319 bei Überweisung durch den Operateur 40,15 €  
324 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31697 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31697 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

**31698 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31302, 31303, 31312, 31313 oder 31319 bei Erbringung durch den Operateur 32,97 €  
266 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31698 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31698 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

**31699 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Überweisung durch den Operateur 51,93 €  
419 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31699 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31699 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31700 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Erbringung durch den Operateur 44,62 €  
360 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31700 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31700 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31701 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Überweisung durch den Operateur 66,43 €  
536 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31701 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31701 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31702 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Erbringung durch den Operateur 58,99 €  
476 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31702 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31702 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

- 31708 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31321 oder 31322 bei Überweisung durch den Operateur 20,70 €  
167 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31708 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 31708 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31709 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31321 oder 31322 bei Erbringung durch den Operateur 12,77 €  
103 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31709 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 31709 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31710 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungsposition 31323 bei Überweisung durch den Operateur 33,34 €  
269 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,



- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31710 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31710 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31711 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungsposition 31323 bei Erbringung durch den Operateur 25,28 €  
204 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31711 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31711 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31712 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31324 oder 31325 bei Überweisung durch den Operateur 42,63 €  
344 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31712 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31712 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31713 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31324 oder 31325 bei Erbringung durch den Operateur 34,33 €  
277 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31713 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31713 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31714 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31326 oder 31327 bei Überweisung durch den Operateur 48,46 €  
391 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie, einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31714 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31714 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365,*

10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31715 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31326 oder 31327 bei Erbringung durch den Operateur 40,40 €  
326 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31715 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31715 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31716 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331, 31350, 31371, 31372 oder 31373 bei Überweisung durch den Operateur 28,88 €  
233 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31716 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31716 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31717 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331, 31350, 31371, 31372 oder 31373 bei Erbringung durch den Operateur 20,70 €  
167 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Tonometrie(n),
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31717 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 31717 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31718 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur 45,61 €  
368 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Tonometrie(n),
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31718 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 31718 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31719 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur 37,30 €  
301 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31719 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31719 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31720 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31334 oder 31335 bei Überweisung durch den Operateur 54,65 €  
441 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31720 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31720 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31721 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31334 oder 31335 bei Erbringung durch den Operateur 46,60 €  
376 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,

- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31721 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31721 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31722 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31336 oder 31337 bei Überweisung durch den Operateur 60,98 €  
492 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31722 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31722 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31723 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31336 oder 31337 bei Erbringung durch den Operateur 53,04 €  
428 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
  - Tonometrie(n),
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31723 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31723 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31724 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 bei Überweisung durch den Operateur 17,35 €  
140 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31724 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31724 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31725 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 bei Erbringung durch den Operateur 9,05 €  
73 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31725 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31725 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31726 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31342 oder 31343 bei Überweisung durch den Operateur 17,35 €  
140 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31726 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31726 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31727 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31342 oder 31343 bei Erbringung durch den Operateur 9,05 €  
73 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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



*Die Gebührenordnungsposition 31727 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31727 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31728 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31344 oder 31345 bei Überweisung durch den Operateur 23,05 €  
186 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31728 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31728 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31729 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31344 oder 31345 bei Erbringung durch den Operateur 15,12 €  
122 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31729 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31729 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den*

*Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31730 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31346 oder 31347 bei Überweisung durch den Operateur 28,63 €  
231 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31730 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31730 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31731 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31346 oder 31347 bei Erbringung durch den Operateur 20,33 €  
164 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 31731 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31731 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31734 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur 65,07 €  
525 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Tonometrie(n),
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31734 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31735 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur 20,94 €  
169 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
  - Tonometrie(n),
  - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2
- Die Gebührenordnungsposition 31735 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*
- 31737 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur** 45,61 €  
368 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundbesprechung,
  - Befundkontrolle(n),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandswechsel,

- Tonometrie(n),  
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung  
einer Leistung des Abschnitts 31.2

*Die Gebührenordnungsposition 31737 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31737 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31738 Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur** 20,94 €  
169 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),

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

*Die Gebührenordnungsposition 31738 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31738 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

## **31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2**

### **31.5.1 Präambel**

1. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2 abrechnenden Operateur erbracht werden. Die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 erbringen.
2. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.

3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Nr. 31828 berechnet.
5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.

### 31.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

31800 **Regionalanästhesie durch den Operateur**, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt 47,71 €  
385 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)
- und/oder
- Anästhesie des Plexus brachialis
- und/oder
- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 ist die Gebührenordnungsposition 31800 ebenfalls berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

- 31801 **Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie durch den Operateur**, der einen ambulanten Eingriff der Kategorie U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 erbringt 21,07 €  
170 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie,
- Pulsoxymetrie,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Die Gebührenordnungsposition 31801 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 31821 bis 31827 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31801 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

- 31802 **Tumesenzlokanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach den Gebührenordnungspositionen 31096 und 31097 entsprechend Anhang 2 durchführt** 321,24 €  
2592 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tumesenzlokanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Sofern die Gebührenordnungsposition 31802 neben den Gebührenordnungspositionen 31826 oder 31827 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 31802 vorzunehmen. Die Prüfzeit wird entgegen der Nr. 1.7 der Allgemeinen Bestimmungen nicht angepasst.*

*Die Gebührenordnungsposition 31802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 30710 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31802 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

### **31.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2**

1. Die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung

entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 erbringt und berechnet. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 durch einen anderen Vertragsarzt können nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 36.5, erbracht werden.

**31820 Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis** 26,65 €  
215 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis,
- Erfolgsnachweis durch fehlende Reaktion des Nervs oder Ganglions,
- Dokumentation mit Angabe des Nervs oder Ganglions

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

*Die Gebührenordnungsposition 31820 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.*

**31821 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31151, 31161, 31171, 31181, 31191, 31201, 31211, 31221, 31231, 31241, 31251, 31261, 31271, 31281, 31291, 31301, 31311, 31321, 31331, 31341, 31371, 31372 oder 31373 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 123,56 €  
997 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),

- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 31371 bis 31373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 31821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820, 31822 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <p><b>31822 Anästhesie und/oder Narkose</b>, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31152, 31162, 31172, 31182, 31192, 31202, 31212, 31222, 31232, 31242, 31252, 31262, 31272, 31282, 31292, 31302, 31312, 31319, 31322, 31332 oder 31342 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plexusanästhesie und/oder</li> <li>- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder</li> <li>- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder</li> <li>- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie</li> </ul> <p><i>Obigater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien oder Narkose</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien nach der Nr. 05320,</li> <li>- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,</li> <li>- Legen einer Blutleere,</li> <li>- Infusion(en) (Nr. 02100),</li> <li>- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),</li> <li>- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),</li> <li>- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),</li> </ul> | <p>166,82 €<br/>1346 Punkte</p> |
|---|---------------------------------|



- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 31822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820, 31821, 31823 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

- 31823 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31103, 31113, 31123, 31133, 31143, 31153, 31163, 31173, 31183, 31193, 31203, 31213, 31223, 31233, 31243, 31253, 31263, 31273, 31283, 31293, 31303, 31313, 31323, 31333 oder 31343, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie  
und/oder
  - Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
  - Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität  
und/oder
  - Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anästhesien oder Narkose
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
  - Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
  - Legen einer Blutleere,
  - Infusion(en) (Nr. 02100),
  - Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
  - Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
  - Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
  - Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
  - arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
  - Multigasmessung,
  - Gesteuerte Blutdrucksenkung,
  - Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

210,07 €  
1695 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 31823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501,*

01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31822, 31824 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

- 31824 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31104, 31114, 31124, 31134, 31144, 31154, 31164, 31174, 31184, 31194, 31204, 31214, 31224, 31234, 31244, 31254, 31264, 31274, 31284, 31294, 31304, 31314, 31324, 31334 oder 31344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie und/oder
  - Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
  - Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
  - Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anästhesien oder Narkose
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
  - Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
  - Legen einer Blutleere,
  - Infusion(en) (Nr. 02100),
  - Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
  - Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
  - Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
  - Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
  - arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
  - Multigasmessung,
  - Gesteuerte Blutdrucksenkung,
  - Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen
- Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31823, 31825 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*
- 31825 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen

253,45 €  
2045 Punkte

340,07 €  
2744 Punkte

31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31155, 31165, 31175, 31185, 31195, 31205, 31215, 31225, 31235, 31245, 31255, 31265, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31325, 31335 oder 31345, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 31825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31824, 31826, 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

- 31826 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31156, 31166, 31176, 31186, 31196, 31206, 31216, 31226, 31236, 31246, 31256, 31266, 31276, 31286, 31296, 31306, 31316, 31326, 31336 oder 31346 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie  
und/oder
  - Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder

408,98 €  
3300 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 31826 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31825, 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <p><b>31827 Anästhesie und/oder Narkose</b>, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31097, 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337 oder 31347, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plexusanästhesie und/oder</li> <li>- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder</li> <li>- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder</li> <li>- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie</li> </ul> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien oder Narkose</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien nach der Nr. 05320,</li> </ul> | <p>426,70 €<br/>3443 Punkte</p> |
|---|---------------------------------|

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 31827 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31826, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

31828 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31826 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31827 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit 43,25 €  
349 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 31828 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31820, 31840 und 31841 berechnungsfähig.*

31840 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 31350 54,90 €  
443 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa und/oder
- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer

Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten

und/oder

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Abweichend von Nr. 5 der Präambel 31.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 31840 neben der Gebührenordnungsposition 31801 oder 31820 berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 31840 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 31800, 31821 bis 31828 und 31841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31840 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.*

**31841 Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 31351

87,50 €  
706 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
  - Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa und/oder
  - Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten
- und/oder
- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
  - Pulsoxymetrie,

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Abweichend von Nr. 5 der Präambel 31.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 31841 neben der Gebührenordnungsposition 31801 oder 31820 berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 31841 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 31800, 31821 bis 31828 und 31840 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31841 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.*

### **31.6 Orthopädisch-chirurgisch Gebührenordnungspositionen**

**konservative**

#### **31.6.1 Präambel**

1. Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Versicherten- und/oder Grundpauschalen, die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320, 01321, 01322, 01323, 01437, 01450, 01500 bis 01503, 01522, 01549, 01600 bis 01602, 01610, 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640 bis 01642, 01647, 01648, 01650, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01711 bis 01718, 01722, 01723, 01747, 01748, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 03010, 04010, 05227, 05228, 06227, 06228, 07227, 07228, 08227, 08228, 08576, 09227, 09228, 10227, 10228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 18227, 18228, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 26227, 26228, 27227, 27228, 30701, 30705, 30706, 33050

und 33051, die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2.19 und die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35 und 40 berechnet werden. Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten erbracht werden.

2. Wird im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 die Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

### 31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch Gebührenordnungspositionen

**konservative**

31900	<b>Praktische Schulung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Unterweisung der Betreuungsperson, je Sitzung	7,06 € 57 Punkte
31910	<b>Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel</b>	7,06 € 57 Punkte
31912	<b>Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon</b> mit Ausnahme der Leistungsinhalte der Gebührenordnungsposition 31910	13,88 € 112 Punkte
31914	<b>Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk</b>	34,70 € 280 Punkte
31920	<b>Kontraktionsmobilisierung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> Mobilisierung eines kontrakten - Kiefergelenks und/oder - Schultergelenks und/oder - Ellenbogengelenks und/oder - Hüftgelenks und/oder - Kniegelenks  <i>Die Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn die Kontraktionsmobilisierung in Narkose oder Regionalanästhesie als selbstständige Leistung vorgenommen wurde.</i>	20,70 € 167 Punkte



*Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 31920 geforderte Leistungsinhalt (Regionalanästhesie) wird nicht erfüllt durch Infiltrations-, Leitungs- oder Oberflächenanästhesien.*

*Wird im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31920 die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.*

**31930 Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung** 34,70 €  
280 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Wiederanbringung einer gelösten Apparatur am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Änderungen und/oder teilweise Erneuerung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer, und/oder
- Entfernung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schienen oder Apparaturen,
- Modellierende Stellungskorrektur,
- stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

*In der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 31930 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.*

**31932 Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung** 34,70 €  
280 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- und/oder Fußfehlbildung und/oder
- Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenkes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schienen und/oder Apparaturen,
- stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

*In der Gebührenordnungsposition 31932 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.*

**31941 Abdrücke und Modelle I** 7,06 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 57 Punkte

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv - nicht für Kopieabdrücke -  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)
- 31942 Abdrücke und Modelle II** 11,53 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 93 Punkte
- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe
    - für einen Unterarm mit Hand und/oder
    - für einen Unterschenkel mit Fuß und/oder
    - für einen Ober- oder Unterarm und/oder
    - für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)
- 31943 Abdrücke und Modelle III** 13,88 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 112 Punkte
- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder das ganze Bein
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter,
  - Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)
- 31944 Abdrücke und Modelle IV** 21,56 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 174 Punkte
- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)
- 31945 Abdrücke und Modelle V** 34,70 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 280 Punkte

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

**31946 Abdrücke und Modelle VI**

36,81 €

*Obligater Leistungsinhalt*

297 Punkte

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für
  - Rumpf und Kopf
  - oder
  - Rumpf und Arm
  - oder
  - Rumpf, Kopf und Arm

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

## 32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.
2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen berechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition und nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Gebührenordnungsposition abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Gebührenordnungspositionen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
6. "Ähnliche Untersuchungen" können nur dann berechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.
8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.
9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition, soweit nichts anderes bestimmt ist.
10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den Gebührenordnungspositionen nicht enthalten.
12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
13. In den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.
14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat (gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).

15. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mit. Dies gilt sinngemäß für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.
16. In Anhang 4 zum EBM sind Laborleistungen aufgeführt, die nicht bzw. nicht mehr berechnungsfähig sind. Diese Leistungen sind auch nicht als "Ähnliche Untersuchungen" berechnungsfähig.
17. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.
18. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

### 32.1 Grundleistungen

1. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird, vergütet.  
Die Gebührenordnungsposition 32001 ist nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 wird der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 32001 in selektivvertraglichen Fällen im Quartal vergütet, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.  
Die Wirtschaftlichkeit der von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 wird anhand des arztpraxispezifischen Fallwertes gemäß Nummer 2 in Form eines Wirtschaftlichkeitsfaktors nach den Nummern 4 und 5 berechnet.  
Für die Ermittlung der arztpraxispezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 ist die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor gemäß den Nummern 4 und 5 zu multiplizieren.

2. Der arztpraxisspezifische Fallwert wird - unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 - ermittelt als Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.

Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalls für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

3. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nummer 2 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, sofern gemäß diesem Vertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 weiter als kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der kodierten Zusatznummer 88192 gegebenenfalls unter Angabe einer Kennnummer gemäß Nummer 6.
4. Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.

Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.

Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert.

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

<b>Versicherten-, Grund- oder Konsiliar- pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts</b>	<b>Arztgruppe</b>	<b>Unterer begren- zender Fallwert in Euro</b>	<b>Oberer begren- zender Fallwert in Euro</b>
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,90	2,40
7	Chirurgie	0,00	0,40
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00	2,60
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	3,90	60,80
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
10	Dermatologie	0,50	2,30
11	Humangenetik	0,00	2,80
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,20	4,60
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	0,20	2,00
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	12,60	71,70
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,60	6,30
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	10,90	30,50
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	0,30	1,50
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	22,20	55,90
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	0,80	5,20

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	8,40	35,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,90
17	Nuklearmedizin	0,10	17,90
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,40
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	0,20	1,40
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	0,00	0,40
21	Psychiatrie	0,00	0,30
26	Urologie	2,40	7,10
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,30
30.7	Schmerztherapie	0,00	0,40

5. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall gemäß der Präambel Kapitel 4 Nr. 4 im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmen sich die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte und die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich der arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwert sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Für (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der begrenzenden Fallwerte sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 arztpraxisspezifisch wie folgt bestimmt: Die jeweilige Summe der Produkte aus der Anzahl der Arztfälle des Arztes in der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7



mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert, dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert sowie der arztgruppenspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 wird dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle der berechtigten Ärzte, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32779; 32816; 32865; 32866; 32867; 32869; 32880; 32881; 32882
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151; 32459; 32720; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32763; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777
Spezifische antivirale Therapie der chronischen viralen Hepatitiden	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32815; 32817; 32823; 32827
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	32172; 32176; 32177; 32178; 32179; 32185; 32186; 32565; 32566; 32567; 32568; 32572; 32573; 32574; 32575; 32584; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32611; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623;

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
		32624; 32629; 32630; 32636; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32701; 32705; 32707; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32743; 32745; 32746; 32747; 32748; 32749; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32764; 32768; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777; 32780; 32781; 32782; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32804; 32805; 32806; 32807; 32808; 32809; 32810; 32825; 32830; 32833; 32834; 32835; 32837; 32839; 32842; 32850; 32851; 32852; 32853
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen "V" zu versehen.		
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008	32070; 32071; 32120; 32305; 32314; 32342
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009	32380; 32426; 32427
Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011	32112; 32113; 32115; 32120; 32203; 32208; 32212; 32213; 32214; 32215; 32216; 32217;

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
		32218; 32219; 32220; 32221; 32222; 32228
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika- Therapie und/oder Strahlentherapie	32012	32066; 32068; 32070; 32071; 32120; 32122; 32155; 32156; 32157; 32159; 32163; 32168; 32169; 32324; 32351; 32376; 32390; 32391; 32392; 32394; 32395; 32396; 32397; 32400; 32446; 32447; 32527
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/ oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	32017	32082; 32101; 32309; 32310; 32320; 32321; 32359; 32361; 32367; 32368; 32370; 32371; 32401; 32412
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin- Clearance < 25 ml/min	32018	32064; 32065; 32066; 32081; 32083; 32197; 32237; 32411; 32435
HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/ oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation	32020	32374; 32379; 32784; 32843; 32844; 32901; 32902; 32904; 32906; 32908; 32910; 32911; 32915; 32916; 32917; 32918; 32939; 32940; 32941; 32942; 32943
Therapiebedürftige HIV- Infektionen	32021	32058; 32066; 32070; 32071; 32520; 32521; 32522; 32523; 32524; 32525; 32526; 32821; 32824; 32828

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023	32042; 32066; 32068; 32070; 32071; 32081; 32120; 32461; 32489; 32490; 32491
Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen	32024	32565; 32566; 32567; 32568; 32572; 32573; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32660; 32740; 32750; 32760; 32781; 32832; 32833

32001 **Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 (in Punkten) im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird,**

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19
4	Kinder- und Jugendmedizin	17
7	Chirurgie	3
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538,	37

Versicherten-, Grund- oder Kosiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
	08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
10	Dermatologie	10
11	Humangenetik	3
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	23
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
16	Neurologie, Neurochirurgie	6
17	Nuklearmedizin	23
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	6
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3
26	Urologie	15
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
30.7	Schmerztherapie	3

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 32001 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

*Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach § 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht.*

*Die Gebührenordnungsposition 32001 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.*

### **32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen**

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 8 SGB V. Der tatsächliche Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.
2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

#### **32.2.1 Basisuntersuchungen**

1. Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn ist nicht berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027,

je Untersuchung

32025	<b>Glucose</b>	1,60 €
32026	<b>TPZ (Thromboplastinzeit)</b>	4,70 €
32027	<b>D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)</b>	15,30 €

*Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32025 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32026 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32027 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32117 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32025 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.*

32030	<b>Orientierende Untersuchung</b>	0,50 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter	
	- Reagenzträger	
	oder	
	- Reagenzzubereitungen	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Apparative Auswertung,	
	- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern	
	<i>Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.</i>	
32031	<b>Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile</b>	0,25 €
32032	<b>Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung</b> (außer im Harn)	0,25 €
32033	<b>Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung</b>	0,50 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.</i>	
	Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer <b>Messung oder Zellzählung</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039,	
	je Untersuchung	
32035	<b>Erythrozytenzählung</b>	0,25 €
32036	<b>Leukozytenzählung</b>	0,25 €

32037	<b>Thrombozytenzählung</b>	0,25 €
32038	<b>Hämoglobin</b>	0,25 €
32039	<b>Hämatokrit</b>	0,25 €

*Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 einzeln berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.*

32041	Qualitativer <b>immunologischer</b> Nachweis von <b>Albumin im Stuhl</b>	1,60 €
-------	--	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40152 berechnungsfähig.*

32042	Bestimmung der <b>Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit</b>	0,25 €
-------	---	--------

### **32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen**

32045	<b>Mikroskopische Untersuchung</b> eines Körpermaterials	0,25 €
-------	--	--------

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Nativpräparat (z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden und Treponemen)
- und/oder
- Nach einfacher Färbung (z. B. mit Methylenblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

*Die Gebührenordnungsposition 32045 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01827 berechnungsfähig.*

**Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials **nach differenzierender Färbung**, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050, je Untersuchung

32046	<b>Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten</b>	0,40 €
-------	---	--------

32047	<b>Retikulozytenzählung</b>	0,40 €
-------	-----------------------------	--------

32050	<b>Mikroskopische Untersuchung</b> eines Körpermaterials nach <b>Gram-Färbung</b>	0,40 €
-------	---	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32047 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.*



32051 Mikroskopische **Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten **Blutausstriches** 0,40 €

*Die Gebührenordnungsposition 32051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32121 und 32122 berechnungsfähig.*

32052 Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch **Kammerzählung** der Zellen im **Sammelharn**, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count) 0,25 €

### 32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen

32055 Quantitative **Bestimmung eines Arzneimittels** (z. B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z. B. Reflexionsmessung),  
je Untersuchung 1,99 €

Quantitative **Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten**, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087,  
je Untersuchung

32056 **Gesamteiweiß** 0,25 €

32057 **Glukose** 0,25 €

32058 **Bilirubin gesamt** 0,25 €

32059 **Bilirubin direkt** 0,40 €

32060 **Cholesterin gesamt** 0,25 €

32061 **HDL-Cholesterin** 0,25 €

32062 **LDL-Cholesterin** 0,25 €

32063 **Triglyceride** 0,25 €

32064 **Harnsäure** 0,25 €

32065 **Harnstoff** 0,25 €

32066 **Kreatinin (Jaffé-Methode)** 0,25 €

32067 **Kreatinin, enzymatisch** 0,40 €

32068 **Alkalische Phosphatase** 0,25 €

32069 **GOT** 0,25 €

32070 **GPT** 0,25 €

32071 **Gamma-GT** 0,25 €

32072 **Alpha-Amylase** 0,40 €

32073 **Lipase** 0,40 €

32074	<b>Creatinkinase (CK)</b>	0,25 €
32075	<b>LDH</b>	0,25 €
32076	<b>GLDH</b>	0,40 €
32077	<b>HBDH</b>	0,40 €
32078	<b>Cholinesterase</b>	0,40 €
32079	<b>Saure Phosphatase</b>	0,25 €
32081	<b>Kalium</b>	0,25 €
32082	<b>Calcium</b>	0,25 €
32083	<b>Natrium</b>	0,25 €
32084	<b>Chlorid</b>	0,25 €
32085	<b>Eisen</b>	0,25 €
32086	<b>Phosphor anorganisch</b>	0,40 €
32087	<b>Lithium</b>	0,58 €

*Die Gebührenordnungspositionen 32060 bis 32063 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32071 und 32081 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32125 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32074 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32066 und 32067 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01930 und 32125 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32057 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32025, 32125 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32057 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.*

32089	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 32057, 32064, 32065 oder 32066 oder 32067, 32069, 32070, 32072 oder 32073, 32074, 32081, 32082 und 32083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Arztpraxis als <b>Einzelbestimmung(en)</b> , je Leistung	0,78 €
-------	---	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32089 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z. B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.*

32092	<b>Quantitative Bestimmung CK-MB</b>	1,12 €
-------	--------------------------------------	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32092 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.*

32094 **Quantitative Bestimmung von HbA1c** 2,67 €

32097 **Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP,** 11,90 €  
je Untersuchung

*Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften berechnungsfähig.*

32101 **Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH),** 2,39 €  
je Untersuchung

Quantitative **immunochemische Bestimmung im Serum**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106,  
je Untersuchung

32103 Immunglobulin A (Gesamt-IgA) 0,58 €

32104 Immunglobulin G (Gesamt-IgG) 0,58 €

32105 Immunglobulin M (Gesamt-IgM) 0,58 €

32106 **Transferrin** 0,58 €

32107 **Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum** mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung 0,73 €

#### 32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchungen zur **Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117,  
je Untersuchung

32110 **Blutungszeit (standardisiert)** 0,73 €

32111 **Rekalzifizierungszeit** 0,73 €

32112 Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 0,58 €

32113 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma 0,58 €

32114 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut 0,73 €

32115 Thrombingerinnungszeit (TZ) 0,73 €

32116	<b>Fibrinogenbestimmung</b>	0,73 €
32117	Qualitativer Nachweis von <b>Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten</b> (z. B. D-Dimere)	4,46 €

*Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32116 beträgt 1,55 EURO.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32026 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32117 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32027 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.*

### 32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120	Bestimmung von <b>mindestens zwei</b> der folgenden <b>Parameter</b> : Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt	0,50 €
-------	---	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32122 und 32125 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32120 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.*

32121	<b>Mechanisierte Zählung</b> der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt	0,58 €
-------	---	--------

*Die Gebührenordnungsposition 32121 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32051 und 32122 berechnungsfähig.*

32122	<b>Vollständiger Blutstatus</b> mittels automatisierter Verfahren	1,07 €
-------	---	--------

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Hämoglobin,
- Hämatokrit,
- Erythrozytenzählung,
- Leukozytenzählung,
- Thrombozytenzählung,
- Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Mechanisierte Zählung der Retikulozyten,
- Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen

*Die Gebührenordnungsposition 32122 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32051, 32120, 32121 und 32125 berechnungsfähig.*

32123 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 32121 oder 32122 bei **nachfolgender mikroskopischer Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches 0,40 €

32124 Bestimmung der **endogenen Kreatininclearance** 0,78 €  
*Die Gebührenordnungsposition 32124 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32197 berechnungsfähig.*

32125 Bestimmung von **mindestens sechs** der folgenden **Parameter**: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT **vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie** (spinal, peridural) 1,41 €  
*Die Gebührenordnungsposition 32125 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32057, 32066, 32067, 32071, 32081, 32120 und 32122 berechnungsfähig.*

### 32.2.6 Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen

**Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis**, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136, je Untersuchung

32128 **C-reaktives Protein** 1,12 €

32130 **Streptolysin O-Antikörper** (Antistreptolysin) 1,12 €

32131 **Gesamt-IgM beim Neugeborenen** 2,09 €

32132 **Schwangerschaftsnachweis** 1,30 €

32133 **Mononucleose-Test** 1,99 €

32134 **Myoglobin** 2,91 €

32135 **Mikroalbuminurie-Nachweis** 1,55 €

32136 **Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis** 1,79 €

*Die Gebührenordnungsposition 32134 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.*

**Drogensuchtest** unter Verwendung eines **vorgefertigten Reagenzträgers**, gilt für Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147  
 je Substanz und/oder Substanzgruppe

32137 **Buprenorphinhydrochlorid** 3,05 €

32140 **Amphetamin/Metamphetamin** 3,05 €

32141 **Barbiturate** 2,96 €

32142 **Benzodiazepine** 3,05 €

32143	<b>Cannabinoide (THC)</b>	3,05 €
32144	<b>Kokain</b>	3,05 €
32145	<b>Methadon</b>	3,05 €
32146	<b>Opiate (Morphin)</b>	3,05 €
32147	<b>Phencyclidin (PCP)</b>	2,96 €

*Die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32292 berechnungsfähig.*

32148	<b>Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch, im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses</b>	1,00 €
-------	--	--------

*Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 EURO.*

*Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 EURO.*

*Die Gebührenordnungsposition 32148 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig.*

32150	<b>Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung</b>	11,25 €
-------	--	---------

*Die Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32150 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als 3 Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.*

*Die Gebührenordnungsposition 32150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32074, 32092, 32134 und 32450 berechnungsfähig.*

### **32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen**

32151	<b>Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Kulturelle bakteriologische Untersuchung und/oder - Kulturelle mykologische Untersuchung, - Verwendung eines - Standardnährbodens und/oder - Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z. B. Eintauchnährböden) <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest, - Nachfolgende Keimzahlschätzung(en), - Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en), - Einfache Differenzierung(en) (z. B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)  <i>Die Gebührenordnungsposition 32151 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32720 berechnungsfähig.</i>	1,12 €
32152	Orientierender <b>Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen</b> bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	2,55 €
<b>32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen</b>		
32880	<b>Harnstreifentest gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit</b>  <i>Erfolgt die Untersuchung nicht unmittelbar nach Gewinnung des Urins ist durch geeignete Lagerungs- und ggf. Transportbedingungen sicherzustellen, dass keine Verfälschungen des Analyseergebnisses auftreten können.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 32880 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.</i>	0,50 €
32881	<b>Bestimmung der Nüchternplasmaglukose gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</b>  <i>Die Gebührenordnungsposition 32881 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.</i>	0,25 €
32882	<b>Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride) gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</b>  <i>Die Gebührenordnungsposition 32882 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.</i>	1,00 €

### 32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 8 SGB V. Der tatsächliche Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3 im Quartal ab, wird die Vergütung in EURO der darüber hinaus abgerechneten Kosten nach dem Abschnitt 32.3 um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Gebührenordnungspositionen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Gebührenordnungsposition.
4. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

#### 32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen

Mikroskopische Untersuchung von **Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161, je Untersuchung

32155	<b>Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase</b>	13,16 €
32156	<b>Esterasereaktion</b>	5,15 €
32157	<b>Peroxydasereaktion</b>	5,15 €
32158	<b>PAS-Reaktion</b>	5,15 €
32159	<b>Eisenfärbung</b>	7,73 €
32160	<b>Saure Phosphatase</b>	5,15 €
32161	<b>Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)</b>	5,15 €

*Die Gebührenordnungsposition 32159 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32168 berechnungsfähig.*



Mikroskopische Differenzierung eines Materials als **gefärbte(r) Ausstrich(e)** oder als Tupfpräparat(e) **eines Organpunktates**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167, je Untersuchung

32163	<b>Knochenmark</b>	7,27 €
32164	<b>Lymphknoten</b>	8,46 €
32165	<b>Milz</b>	12,00 €
32166	<b>Synovia</b>	5,34 €
32167	Morphologische Differenzierung des <b>Liquorzellausstrichs</b>	5,89 €
32168	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als <b>gefärbte(r) Ausstrich(e)</b> oder als Tupfpräparat(e) des <b>Knochenmarks</b> einschl. der Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula <i>Die Gebührenordnungsposition 32168 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32159 berechnungsfähig.</i>	14,08 €
32169	<b>Vergleichende hämatologische Begutachtung</b> von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des <b>Knochenmarks und des Blutes</b> , einschl. Dokumentation	14,08 €
32170	<b>Mikroskopische Differenzierung von Haaren</b> (Trichogramm) <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm) <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Färbung, auch mehrere Präparate, - Epilation	5,15 €
32172	Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf <b>Parasiten</b> , z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, <b>im gefärbten Blutausstrich</b> und/oder <b>Dicken Tropfen</b>  Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf <b>Krankheitserreger nach differenzierender Färbung</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182, je Untersuchung	7,73 €
32175	<b>Corynebakterienfärbung nach Neisser</b>	5,70 €
32176	<b>Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien</b>	4,78 €
32177	<b>Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien</b>	4,60 €
32178	<b>Giemsa-Färbung auf Protozoen</b>	5,80 €
32179	<b>Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien</b>	1,29 €

32180	<b>Tuschepräparat auf Kryptokokken</b>	5,15 €
32181	<b>Färbung mit Fluorochromen</b> (z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß) <b>auf Pilze</b>	3,04 €
32182	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung	5,80 €

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32185 bis 32187, je Untersuchung

32185	<b>Heidenhain-Färbung auf Protozoen</b>	9,02 €
32186	<b>Trichrom-Färbung auf Protozoen</b>	7,27 €
32187	<b>Silberfärbung auf Pneumozysten</b>	3,22 €

### 32.3.2 Funktionsuntersuchungen

32190	Physikalisch-morphologische <b>Untersuchung des Spermas</b> [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z. B. Papanicolaou)]	23,70 €
-------	--	---------

*Die Gebührenordnungsposition 32190 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08540 und 08640 berechnungsfähig.*

**Funktionsprüfung mit Belastung**, einschl. der erforderlichen quantitativen Bestimmungen im **Harn oder Blut**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32192 bis 32195, je Funktionsprüfung

32192	<b>Laktosetoleranz-Test</b>	3,77 €
32193	<b>D-Xylose-Test</b>	4,60 €
32194	<b>Pancreolauryl-Test</b>	9,00 €
32195	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung	4,60 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32195 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Fructose-Toleranz-Test und säuresekretorische Kapazität des Magens.*

**Funktionsprüfung der Nieren** durch **Bestimmung der Clearance** mit mindestens drei quantitativ-chemischen Blut- oder Harnanalysen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32196 bis 32198, je Funktionsprüfung

32196	<b>Inulin-Clearance</b>	10,30 €
32197	<b>Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance, ggf. inkl. Kreatinin-Clearance</b>	9,20 €
32198	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> , unter Angabe der Art der Untersuchung <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32198 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Die Gebührenordnungsposition 32197 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32124 berechnungsfähig.</i>	10,40 €
<b>32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen</b>		
32203	<b>Thrombelastogramm</b>	15,27 €
	Untersuchung der <b>Gerinnungsfunktion</b> durch <b>Globaltests</b> , ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32205 bis 32208, je Untersuchung	
32205	<b>Batroxobin-(Reptilase-)zeit</b>	15,46 €
32206	Aktiviertes Protein C-Resistenz ( <b>APC-Resistenz</b> , APC-Ratio)	14,35 €
32207	<b>Lupus Antikoagulans</b> (Lupusinhibitoren)	12,79 €
32208	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32208 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Ecarin-Clotting-Time, anti-Xa Aktivität.</i>	17,66 €
	Quantitative Bestimmung von <b>Einzelfaktoren des Gerinnungssystems</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32210 bis 32227, je Faktor	
32210	<b>Antithrombin III</b>	10,49 €
32211	<b>Plasminogen</b>	16,84 €
32212	<b>Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte</b> , z. B. D-Dimere	17,00 €
32213	<b>Faktor II</b>	17,30 €
32214	<b>Faktor V</b>	16,93 €
32215	<b>Faktor VII</b>	31,83 €
32216	<b>Faktor VIII</b>	22,36 €
32217	<b>Faktor VIII-assoziiertes Protein</b>	27,78 €

32218	<b>Faktor IX</b>	22,17 €
32219	<b>Faktor X</b>	26,77 €
32220	<b>Faktor XI</b>	25,39 €
32221	<b>Faktor XII</b>	25,39 €
32222	<b>Faktor XIII</b>	23,83 €
32223	<b>Protein C</b>	28,80 €
32224	<b>Protein S</b>	28,80 €
32225	<b>Plättchenfaktor 4</b>	29,81 €
32226	<b>C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH)</b>	25,02 €
32227	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Faktors	19,04 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32227 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay), von Willebrand-Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität.*

32228	Untersuchungen der <b>Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden</b> , z. B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt	30,54 €
-------	--	---------

32229	<b>Untersuchung der von -Willebrand-Faktor-Multimere</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i>	69,00 €
-------	--	---------

- Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Tripletstrukturen,
- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
- Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation

*Die Gebührenordnungsposition 32229 ist bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (z. B. lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleistungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig und setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.*

### 32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen

**Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32238, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248,**  
je Untersuchung

32230	<b>Methämoglobin</b>	8,19 €
-------	----------------------	--------

32231	<b>Fruktose</b>	10,21 €
32232	<b>Lactat</b>	2,00 €
32233	<b>Ammoniak</b>	9,94 €
32234	<b>Fluorid</b>	12,70 €
32235	<b>Phenylalanin</b>	8,46 €
32236	<b>Kreatin</b>	14,54 €
32237	<b>Gesamteiweiß im Liquor oder Harn</b>	5,80 €
32238	<b>Plasmaviskosität</b>	5,70 €
32240	Angiotensin-I-Converting Enzyme ( <b>ACE</b> )	14,08 €
32242	<b>Knochen-AP</b> (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung	17,02 €
32243	<b>Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung</b>	10,86 €
32244	<b>Osmolalität</b> (apparative Bestimmung)	7,45 €
32245	<b>Gallensäuren</b>	14,81 €
32246	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	9,38 €
32248	Magnesium	1,29 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) und Zinkprotoporphyrin.*

32247	<b>Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status</b>	9,50 €
-------	---	--------

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut,
- Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO<sub>2</sub>),
- Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO<sub>2</sub>)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>),
- Messung oder Berechnung weiterer Kenngrößen in demselben Untersuchungsgang (z. B. Hämoglobin, Bicarbonat, Basenabweichung)

*Die Gebührenordnungsposition 32247 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 04536, 05350, 05372, 13250, 13256, 13652, 13661, 36884 und 37705 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32247 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622 berechnungsfähig.*

Quantitative **chemische oder physikalische Bestimmung**, gilt für die  
Gebührenordnungspositionen 32250 bis 32254 und 32257 bis 32262,  
je Untersuchung

32250	Spektralphotometrische <b>Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut</b> des Neugeborenen	10,21 €
32251	<b>Carboxyhämoglobin</b>	25,39 €
32252	<b>Carnitin</b>	24,75 €
32253	<b>Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden</b>	13,06 €
32254	<b>Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin</b>	6,72 €
32257	<b>Citronensäure/Citrat</b>	15,82 €
32258	<b>Oxalsäure/Oxalat</b>	21,99 €
32259	<b>Phosphohexose-Isomerase (PHI)</b>	13,43 €
32260	<b>Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6P-DH)</b>	15,64 €
32261	<b>Pyruvatkinase</b>	13,43 €
32262	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	14,17 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32262 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Galaktose-I-Phosphat-Uridyltransferase, alpha-Glucosidase, alpha-Galaktosidase, beta-Galaktosidase, Phosphofruktokinase i. E., UDP-Galaktose-Epimerase, Biotinidase, Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität, Phosphoisomerase, Phosphomannomutase, Kryoglobuline.*

Quantitative **physikalische Bestimmung von Elementen**  
mittels **Atomabsorption oder ICP-MS**, gilt für die  
Gebührenordnungspositionen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis  
32281 und 32283,  
je Untersuchung

32265	<b>Calcium im Harn</b>	2,85 €
32267	<b>Zink</b>	11,32 €
32268	<b>Nickel</b>	14,81 €
32269	<b>Arsen</b>	14,81 €
32270	<b>Aluminium</b>	11,32 €
32271	<b>Blei</b>	12,70 €
32272	<b>Cadmium</b>	9,90 €
32273	<b>Chrom</b>	14,08 €
32274	<b>Eisen im Harn</b>	17,66 €

32277	<b>Kupfer im Harn oder Gewebe</b>	8,10 €
32278	<b>Mangan</b>	11,32 €
32279	<b>Quecksilber</b>	11,32 €
32280	<b>Selen</b>	13,43 €
32281	<b>Thallium</b>	12,60 €
32283	<b>Spurenelemente</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8,92 €
	<i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283 beträgt 24,50 EURO.</i>	
	Qualitativer <b>chromatographischer Nachweis</b> einer oder mehrerer Substanz(en), gilt für die Gebührenordnungspositionen 32290 bis 32294, je Untersuchungsgang	
32290	<b>Aminosäuren</b>	16,47 €
32291	<b>Porphyrine</b>	20,80 €
32292	<b>Drogen</b> Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	18,68 €
32293	<b>Arzneimittel</b> Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	9,57 €
32294	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	18,12 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32294 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 berechnungsfähig.</i>	
	Quantitative <b>chromatographische Bestimmung(en)</b> einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32300 bis 32313, je Untersuchungsgang	
32300	<b>Katecholamine und/oder Metabolite</b>	24,84 €
32301	<b>Serotonin und/oder Metabolite</b>	13,30 €
32302	<b>Porphyrine</b>	14,17 €
32303	<b>Porphobilinogen</b>	21,53 €
32304	<b>Delta-Amino-Lävulinsäure</b>	22,54 €
32305	<b>Arzneimittel</b> (chromatographisch oder mit sonstigen Verfahren) Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	15,92 €
32306	<b>Vitamine</b> Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	20,52 €

32307	<b>Drogen</b> Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	16,28 €
32308	<b>Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin</b>	26,13 €
32309	<b>Phenylalanin</b>	17,20 €
32310	<b>Aminosäuren</b>	20,24 €
32311	<b>Exogene Gifte</b> Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	26,40 €
32312	<b>Hämoglobine</b> (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 32094)	10,86 €
32313	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe  <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32313 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: organische Säuren, Methanol. Die Gebührenordnungsposition 32312 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32468 berechnungsfähig.</i>	19,23 €
32314	Bestimmung von Substanzen mittels <b>DC, GC und/oder HPLC</b> und anschließender <b>Massenspektrometrie</b> und EDV-Auswertung, je Körpermaterial unter Angabe der Art der Untersuchung	43,00 €
32315	<b>Analytische Auswertung</b> einer oder mehrerer Atemproben eines <b><sup>13</sup>C-Harnstoff-Atemtests</b> nach der Nr. 02400, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z. B. chromatographisch), insgesamt  <i>Die Gebührenordnungsposition 32315 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32706 berechnungsfähig.</i>	11,04 €
32316	Vollständige <b>chemische</b> Analyse zur <b>Differenzierung eines Steins</b>  <i>Die Gebührenordnungsposition 32316 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32317 berechnungsfähig.</i>	9,48 €
32317	Analyse zur <b>Differenzierung eines Steins</b> in seinen verschiedenen Schichtungen mittels <b>Infrarot-Spektrographie</b>  <i>Die Gebührenordnungsposition 32317 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32316 berechnungsfähig.</i>	18,68 €
32318	<b>Quantitative Bestimmung von Homocystein</b>  Quantitative <b>Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32320 und 32321, je Untersuchung	13,80 €



32320 Freies Thyroxin ( <b>ft4</b> )	3,70 €
32321 Freies Trijodthyronin ( <b>ft3</b> )	3,70 €

**Quantitative Bestimmung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32323 bis 32325,  
je Untersuchung

32323 <b>Digoxin</b>	6,30 €
32324 Carcinoembryonales Antigen ( <b>CEA</b> )	3,80 €
32325 <b>Ferritin</b>	3,50 €

*Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.*

**Quantitative Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337,  
je Untersuchung

32330 <b>Amphetamine</b>	7,08 €
32331 <b>Barbiturate</b>	8,10 €
32332 <b>Benzodiazepine</b>	7,10 €
32333 <b>Cannabinoide</b>	7,50 €
32334 <b>Kokain</b>	7,08 €
32335 <b>Methadon</b>	8,19 €
32336 <b>Opiate</b>	7,50 €
32337 <b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8,74 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32337 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337 beträgt 24,10 EURO.*

**Quantitative Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32340 bis 32346,  
je Untersuchung

32340 <b>Antiarrhythmika</b>	13,71 €
32341 <b>Antibiotika</b>	16,28 €
32342 <b>Antiepileptika</b>	7,91 €
32343 <b>Digitoxin</b>	7,20 €
32344 <b>Zytostatika</b> , z. B. Methotrexat	21,99 €
32345 <b>Theophyllin</b>	9,84 €

32346	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	13,43 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32346 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	
	Quantitative <b>Bestimmung mittels Immunoassay</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361, je Untersuchung	
32350	Alpha-Fetoprotein ( <b>AFP</b> )	6,40 €
32351	Prostata-spezifisches Antigen ( <b>PSA</b> ) oder freies PSA	4,42 €
32352	Choriongonadotropin ( <b>HCG</b> und/oder <b>β-HCG</b> )	5,61 €
32353	Follitropin ( <b>FSH</b> )	4,50 €
32354	Lutropin ( <b>LH</b> )	4,90 €
32355	<b>Prolaktin</b>	4,60 €
32356	<b>Östradiol</b>	4,60 €
32357	<b>Progesteron</b>	3,80 €
32358	<b>Testosteron</b> und/oder freies Testosteron	5,00 €
32359	<b>Insulin</b>	6,40 €
32360	Sexualhormonbindendes Globulin ( <b>SHBG</b> )	10,95 €
32361	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8,10 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32361 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Müller-Hormon.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32350 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01783 berechnungsfähig.</i>	
	Quantitative <b>Bestimmung frühestens ab der 24. SSW + 0 Tage</b> , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363, je Untersuchung	
32362	<b>PIGF</b>	17,85 €
32363	<b>sFlt-1/PIGF-Quotienten</b>	57,27 €
	<i>Der Befundbericht muss innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang übermittelt sein.</i>	

Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 ist die Erfüllung eines der folgenden Kriterien der Präeklampsie:

- Neu auftretender oder bestehender Hypertonus
- Präeklampsie-assoziiertes organisches oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann
- Fetale Wachstumsstörung
- auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775

Die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 sind jeweils höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 sind am Behandlungstag nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32381, je Untersuchung

32365	<b>C-Peptid</b>	13,52 €
32366	<b>Gastrin</b>	11,70 €
32367	<b>Cortisol</b>	5,70 €
32368	<b>17-Hydroxy-Progesteron</b>	9,40 €
32369	Dehydroepiandrosteron ( <b>DHEA</b> ) und/oder -sulfat ( <b>DHEA-S</b> )	6,35 €
32370	Wachstumshormon ( <b>HGH</b> ), Somatotropin ( <b>STH</b> )	10,20 €
32371	Insulin-like growth factor I ( <b>IGF-I</b> ) bzw. Somatomedin C ( <b>SM-C</b> ) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 ( <b>IGFBP-3</b> )	31,00 €
32372	<b>Folsäure</b>	5,40 €
32373	<b>Vitamin B 12</b>	4,20 €
32374	<b>Cyclosporin</b>	14,00 €
32375	<b>Trypsin</b>	22,63 €
32376	<b>β2-Mikroglobulin</b>	10,03 €
32377	<b>Pankreas-Elastase</b>	20,70 €
32378	<b>Neopterin</b>	17,02 €
32379	<b>Tacrolimus</b> (FK 506)	14,00 €
32380	Eosinophiles kationisches Protein ( <b>ECP</b> )	19,87 €
32381	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	14,63 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32381 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Interleukin 2 Rezeptor,

*Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl, Everolimus, Sirolimus und Mycophenolat.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32824 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32385 bis 32398 und 32400 bis 32405, je Untersuchung

32385 <b>Aldosteron</b>	11,70 €
32386 <b>Renin</b>	28,80 €
32387 <b>Androstendion</b>	11,78 €
32388 <b>Corticosteron</b>	49,40 €
32389 <b>11-Desoxycortisol</b>	20,33 €
32390 <b>CA 125 und/oder HE 4</b>	9,75 €
32391 <b>CA 15-3</b>	8,70 €
32392 <b>CA 19-9</b>	9,20 €
32393 <b>CA 50</b>	26,86 €
32394 <b>CA 72-4 (TAG 72)</b>	20,88 €
32395 Neuronenspezifische Enolase ( <b>NSE</b> )	14,26 €
32396 Squamous cell carcinoma Antigen ( <b>SCC</b> )	14,63 €
32397 Tissue Polypeptide Antigen ( <b>TPA, TPS</b> )	22,45 €
32398 Mucin-like cancer associated antigen ( <b>MCA</b> )	33,20 €
32400 Cytokeratin-19-Fragmente ( <b>CYFRA 21-1</b> )	22,26 €
32401 <b>Dihydrotestosteron</b>	14,81 €
32402 <b>Erythropoetin</b>	23,09 €
32403 <b>Pyridinolin, Desoxypyridinolin und/oder Typ I-Kollagen-Telopeptide</b>	17,39 €
32404 <b>Knochen-AP</b> (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder <b>Typ I-Prokollagen-Propeptide</b>	18,86 €
32405 <b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	20,98 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32405 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Chromogranin A, Tryptase,*

*Thymidinkinase, S-100, 11-Desoxycorticosteron und Parathormon-related Peptide.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Gebührenordnungspositionen 32391 und 32398 nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32405 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416, je Untersuchung

32410	<b>Calcitonin</b>	13,71 €
32411	<b>Intaktes Parathormon</b>	13,62 €
32412	Corticotropin ( <b>ACTH</b> )	13,34 €
32413	25-Hydroxy-Cholecalciferol ( <b>Vitamin D</b> )	14,00 €
32414	<b>Osteocalcin</b>	23,90 €
32415	Antidiuretisches Hormon ( <b>ADH</b> , Vasopressin)	22,08 €
32416	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	21,50 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32416 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Androstandiol-Glucuronid.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32420 bis 32421, je Untersuchung

32420	<b>Thyreoglobulin</b> , einschl. Bestätigungstest	16,01 €
32421	1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol ( <b>Vitamin D3</b> )	14,00 €

### **32.3.5 Immunologische Untersuchungen**

32426	Quantitative Bestimmung von <b>Gesamt-IgE</b>	4,23 €
32427	Untersuchung auf <b>allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen</b> (Allergene oder Allergengemische),	7,10 €

je Ansatz

*Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt im Behandlungsfall 65,00 Euro.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr im Behandlungsfall 111,00 Euro.*

*Die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach der Gebührenordnungsposition 32427 setzt grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.*

32430	<b>Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation,</b> je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins  <i>Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32430 beträgt 16,80 EURO.</i>  Quantitative Bestimmung von <b>humanen Proteinen</b> oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32455, je Untersuchung	5,89 €
32435	<b>Albumin</b>	3,13 €
32437	<b>Alpha-1-Mikroglobulin</b>	7,73 €
32438	<b>Alpha-1-Antitrypsin</b> (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi)	9,84 €
32439	<b>Alpha-2-Makroglobulin</b>	9,38 €
32440	<b>Coeruloplasmin</b>	10,30 €
32441	<b>Haptoglobin</b>	6,72 €
32442	<b>Hämopexin</b>	10,58 €
32443	Komplementfaktor <b>C 3</b>	7,80 €
32444	Komplementfaktor <b>C 4</b>	7,50 €
32445	Immunglobulin D ( <b>IgD</b> )	10,67 €
32446	<b>Freie Kappa-Ketten</b>	11,59 €
32447	<b>Freie Lambda-Ketten</b>	11,50 €
32448	<b>Immunglobulin A, G oder M im Liquor</b>	7,82 €
32449	<b>Immunglobulin G im Harn</b>	5,06 €
32450	<b>Myoglobin</b>	9,94 €

32451	<b>Apolipoprotein A-I</b>	8,74 €
32452	<b>Apolipoprotein B</b>	8,83 €
32453	<b>Granulozyten-(PMN-)Elastase</b>	13,25 €
32454	<b>Lysozym</b>	9,75 €
32455	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8,19 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32455 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, Lösl. Transferrin-Rezeptor und Gesamthämolytische Aktivität.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32450 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i>	
32456	Quantitative Bestimmung des <b>Lipoproteins(a)</b>	10,95 €
	<i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32456 beträgt 33,40 EURO.</i>	
32457	<b>Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT),</b> einmal im Behandlungsfall	7,21 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32457 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01737 und 01738 berechnungsfähig.</i>	
	<b>Quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32459 bis 32461,</b> je Untersuchung	
32459	<b>Procalcitonin (PCT)</b>	8,83 €
32460	<b>C-reaktives Protein (CRP)</b>	3,36 €
32461	<b>Rheumafaktor (RF)</b>	4,20 €
32462	Quantitative Bestimmung einer <b>Immunglobulinsubklasse</b>	21,53 €
32463	<b>Quantitative Bestimmung von Cystatin C</b> bei einer GFR von 40 bis 80 ml/(Minute/1,73 m <sup>2</sup> ) (berechnet nach der MDRD- oder CKD-EPI-Formel), sowie in begründeten Einzelfällen bei Sammelschwierigkeiten	8,92 €
	<b>Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32465 bis 32475,</b>	

<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
-	Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z. B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung,
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
-	Färbereaktion,
-	Quantitative Auswertung,
	je Untersuchungsgang
32465	<b>Oligoklonale Banden</b> im Liquor und im Serum 22,91 €
32466	<b>Harnproteine</b> 16,56 €
32467	<b>Lipoproteine</b> , einschl. Polyanionenpräzipitation 19,50 €
32468	<b>Hämoglobine</b> (außer glykierte Hämoglobine nach der Nr. 32094) 20,15 €
32469	<b>Isoenzyme</b> der Alkalischen Phosphatase ( <b>AP</b> ) 19,69 €
32470	<b>Isoenzyme</b> der Creatinkinase ( <b>CK</b> ) 19,87 €
32471	<b>Isoenzyme</b> der Lactatdehydrogenase ( <b>LDH</b> ) 19,23 €
32472	<b>Alpha-1-Antitrypsin</b> , Phänotypisierung 30,36 €
32473	Acetylcholinesterase ( <b>AChE</b> ) im Fruchtwasser 12,88 €
32474	<b>Proteine in Punktaten</b> 7,45 €
32475	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32107) unter Angabe der Art der Untersuchung 6,62 €
<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32475 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	
<i>Die Gebührenordnungsposition 32468 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32312 berechnungsfähig.</i>	
32476	Elektrophoretische Trennung von <b>humanen Proteinen</b> durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren <b>mit Antigentransfer und anschließender Immunreaktion</b> (Immunoblot), je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung 20,30 €
<i>Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32476 berechnungsfähig.</i>	
32478	<b>Immunfixationselektrophorese</b> 18,40 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
-	Immunfixationselektrophorese mit mindestens vier Antiseren und/oder
-	Immunelektrophorese mit mindestens vier Antiseren,
-	Bei Dys- und Paraproteinämie



*Fakultativer Leistungsinhalt*

-	Isoelektrische Fokussierung oder ähnliche Verfahren,	
-	Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Gebührenordnungsposition 32107	
32479	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von <b>Gliadin-Antikörpern</b> mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay, je IgG und IgA	13,52 €
32480	<b>Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern</b> , je Untersuchung	18,65 €
	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von <b>Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper)</b> mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505,	
32489	Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid ( <b>Anti-CCP-AK</b> ), einmal im Krankheitsfall	11,20 €
32490	Antinukleäre Antikörper ( <b>ANA</b> ) als Suchtest	7,30 €
32491	Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS ( <b>anti-ds-DNS</b> )	10,40 €
32492	<b>Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene</b> , z. B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper	9,50 €
32493	<b>Antikörper gegen Zentromerantigene</b> , z. B. CENP-B-Antikörper	9,00 €
32494	Antimitochondriale Antikörper ( <b>AMA</b> ), auch Subtypen, z. B. AMA-M2	5,52 €
32495	Leberspezifische Antikörper, z. B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen ( <b>LKM-Antikörper</b> ), lösliches Leberantigen ( <b>SLA-Antikörper</b> ), Asialoglykoprotein Rezeptor ( <b>ASGPR-Antikörper</b> )	11,32 €
32496	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten ( <b>ANCA</b> ), z. B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper)	9,29 €
32497	<b>Antikörper gegen glatte Muskulatur</b>	13,71 €
32498	<b>Herzmuskel-Antikörper</b>	13,62 €
32499	<b>Antikörper gegen Skelettmuskulatur</b>	8,37 €
32500	<b>Antikörper gegen Inselzellen</b> , z. B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA)	11,50 €
32501	<b>Insulin-Antikörper</b>	11,41 €
32502	<b>Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase</b> (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin, einmal im Behandlungsfall	7,50 €
32503	<b>Phospholipid-Antikörper</b> , z. B. Cardiolipin-Antikörper	7,30 €
32504	<b>Thrombozyten-Antikörper</b>	26,40 €

32505	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antikörpers	8,74 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32505 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Heparin/PF4 Autoantikörper.</i>	
	<i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 beträgt 42,60 EURO.</i>	
32506	<b>Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test)</b> zum Nachweis von spermiengebundenen Antikörpern	6,81 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32506 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32507 berechnungsfähig.</i>	
32507	Nachweis von <b>Antikörpern gegen Spermien</b> , ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt	15,73 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32507 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32506 berechnungsfähig.</i>	
32508	Quantitative Bestimmung von <b>TSH-Rezeptor-Antikörpern</b> , einmal im Behandlungsfall	10,30 €
32509	Quantitative Bestimmung von <b>Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern</b>	38,46 €
32510	<b>Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen</b> als vorbereitende Untersuchung	9,57 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32510 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 19430 berechnungsfähig.</i>	
	<b>Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung)</b> mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527, je Untersuchung	
32520	<b>B-Lymphozyten</b>	8,19 €
32521	<b>T-Lymphozyten</b>	6,81 €
32522	<b>CD4-T-Zellen</b>	8,19 €
32523	<b>CD8-T-Zellen</b>	8,19 €
32524	<b>Natürliche Killerzellen</b>	8,19 €
32525	<b>Aktivierte T-Zellen</b>	8,19 €
32526	<b>Zytotoxische T-Zellen</b>	8,19 €

32527	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	10,58 €
32532	<b>Lymphozyten-Transformations-Test(s)</b> , einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen (nicht zur Erregerdiagnostik), insgesamt	48,21 €
32533	Untersuchung der <b>Leukozytenfunktion</b> , auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z. B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt	23,55 €
<b>32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen</b>		
32540	<b>Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - A-Untergruppe, - Serumeigenschaften  <i>Die Gebührenordnungsposition 32540 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01804 berechnungsfähig.</i>	8,83 €
32541	<b>Nachweis eines Blutgruppenmerkmals</b> (Antigens) mit <b>agglutinierenden</b> oder <b>konglutinierenden Testseren</b> , z. B. Rh-Merkmale, Lewis, M, N, P1, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens  <i>Die Gebührenordnungsposition 32541 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01806 berechnungsfähig.</i>	6,35 €
32542	<b>Nachweis eines Blutgruppenmerkmals</b> (Antigens) mittels <b>Antiglobulintest</b> (Coombs-Test), z. B. Dweak, Duffy, Kell, Kidd, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens  <i>Die Gebührenordnungsposition 32542 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01805 berechnungsfähig.</i>	8,00 €
32543	Nachweis von <b>Erythrozytenantikörpern</b> im <b>direkten Antiglobulintest</b> mit zwei verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren	8,00 €
32544	Nachweis von <b>Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase</b> , z. B. <b>Kälteagglutinine</b>	5,89 €

- 32545 **Antikörpersuchtest** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen 7,30 €  
*Die Gebührenordnungsposition 32545 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01807 berechnungsfähig.*
- 32546 **Antikörperdifferenzierung** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen 18,95 €  
*Die Gebührenordnungsposition 32546 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01808 berechnungsfähig.*
- Nachweis oder quantitative Bestimmung von **Blutgruppenantigenen oder -antikörpern** mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555,  
 je Antigen oder Antikörper
- 32550 **Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin** 13,25 €
- 32551 **Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern** 17,66 €
- 32552 **Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen** 9,84 €
- 32553 **Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz** 12,70 €
- 32554 **Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers** 7,36 €
- 32555 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung 8,00 €  
*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32555 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*  
*Die Gebührenordnungsposition 32554 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01809 berechnungsfähig.*
- 32556 Serologische **Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)** mit indirektem Antiglobulintest, 11,68 €  
 je Konserve
- 32557 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32545 oder 32556 für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) zur Vermeidung von Interferenzen durch Daratumumab oder Isatuximab,** 19,20 €  
 je Untersuchung  
*Die Gebührenordnungsposition 32557 ist am Behandlungstag höchstens viermal berechnungsfähig.*

### 32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von **Streptokokken-Antikörpern**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32560 bis 32563,  
 je Untersuchung

32560	<b>Antistreptolysin O-Reaktion</b>	4,60 €
32561	<b>Anti-DNase-B-Reaktion</b> (Antistreptodornase)	10,76 €
32562	<b>Antistreptokokken - Hyaluronidase</b>	11,13 €
32563	<b>Antistreptokinase</b>	10,67 €
32564	<b>Antistaphylolysinbestimmung</b>	7,73 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Quantitative Antistaphylolysinbestimmung	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Qualitativer Suchtest	
32565	<b>Cardiolipin-Flockungstest</b> , quantitativ nur bei nachgewiesener Infektion	4,32 €
32566	<b>Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA/TPPA-Test</b> (Lues-Suchreaktion) oder mittels <b>Immunoassay</b>	4,23 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32566 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01800 und 01935 berechnungsfähig.</i>	
32567	<b>Treponemenantikörper-Bestimmung</b> (nur bei positivem Suchtest), quantitativ <b>je Immunglobulin IgG oder IgM</b>	12,97 €
32568	<b>Treponema pallidum Bestätigungsteste (Immunoblot oder FTA-ABS)</b> , einmal im Krankheitsfall	20,30 €
32572	<b>Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Toxoplasma-Antikörpern der Immunglobulinklasse IgM und/oder IgG, auch zur Verlaufskontrolle</b>	10,81 €
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern	
32573	<b>Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32572 für die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt</b>	23,83 €
32574	<b>Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay</b>	8,83 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG, oder	
	- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgM, je Klasse	

*Die Gebührenordnungsposition 32574 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01802 und 01803 berechnungsfähig.*

**32575 Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen** 4,09 €

*Die Gebührenordnungsposition 32575 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01931 berechnungsfähig.*

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Antikörpern gegen Krankheitserreger** mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbindungsreaktion, Immunpräzipitation (z. B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der **Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32584 bis 32639 und 32641, je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulinklasse, z. B. IgG-, IgM-Antikörper

<b>32584 HEV-Antikörper</b>		11,10 €
<b>32585 Bordetella pertussis-Antikörper</b>		9,75 €
<b>32586 Borrelia burgdorferi-Antikörper</b>		6,53 €
<b>32587 Brucella-Antikörper</b>		7,18 €
<b>32588 Campylobacter-Antikörper</b>		7,08 €
<b>32589 Chlamydien-Antikörper</b>		9,29 €
<b>32590 Coxiella burnetii-Antikörper</b>		12,70 €
<b>32591 Gonokokken-Antikörper</b>		7,36 €
<b>32592 Legionellen-Antikörper</b>		8,92 €
<b>32593 Leptospiren-Antikörper</b>		10,67 €
<b>32594 Listerien-Antikörper</b>		4,51 €
<b>32595 Mycoplasma pneumoniae-Antikörper</b>		6,44 €
<b>32596 S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper</b>		4,97 €
<b>32597 Tetanus-Antitoxin</b>		8,37 €
<b>32598 Yersinien-Antikörper</b>		5,61 €
<b>32599 Leptospiren-Antikörper</b>	mittels Mikroagglutinationsreaktion mit Lebendkulturen	31,70 €
<b>32600 Chlamydien-Antikörper</b>	(speziesspezifisch) mittels Mikroimmunfluoreszenztest (MIF)	14,44 €
<b>32601 Adenoviren-Antikörper</b>		9,57 €
<b>32602 Cytomegalievirus-Antikörper</b>		9,02 €
<b>32603 Cytomegalievirus-IgM-Antikörper</b>		8,92 €

32604	<b>Coxsackieviren-Antikörper</b>	7,27 €
32605	<b>EBV-EA-Antikörper</b>	7,82 €
32606	<b>EBV-EBNA-Antikörper</b>	7,73 €
32607	<b>EBV-VCA-Antikörper</b>	8,37 €
32608	<b>EBV-VCA-IgM-Antikörper</b>	9,02 €
32609	<b>Echoviren-Antikörper</b>	7,54 €
32610	<b>Enteroviren-Antikörper</b>	6,81 €
32611	<b>FSME-Virus-Antikörper</b>	10,21 €
32612	<b>HAV-Antikörper</b>	5,34 €
32613	<b>HAV-IgM-Antikörper</b>	6,16 €
32614	<b>HBc-Antikörper</b>	5,43 €
32615	<b>HBc-IgM-Antikörper</b>	7,82 €
32616	<b>HBe-Antikörper</b>	8,65 €
32617	<b>HBs-Antikörper</b>	5,06 €
32618	<b>HCV-Antikörper</b>	9,02 €
32619	<b>HDV-Antikörper</b> bei nachgewiesener HBV-Infektion	24,56 €
32620	<b>HDV-IgM-Antikörper</b> bei nachgewiesener HBV-Infektion	26,59 €
32621	<b>HSV-Antikörper</b>	10,21 €
32622	<b>Influenzaviren-Antikörper</b>	6,99 €
32623	<b>Masernvirus-Antikörper</b>	10,21 €
32624	<b>Mumpsvirus-Antikörper</b>	11,04 €
32625	<b>Parainfluenzaviren-Antikörper</b>	9,48 €
32626	<b>Parvoviren-Antikörper</b>	15,92 €
32627	<b>Polioviren-Antikörper</b>	9,02 €
32628	<b>RSV-Antikörper</b>	7,36 €
32629	<b>Varicella-Zoster-Virus-Antikörper</b>	10,40 €
32630	<b>Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper</b>	12,14 €
32631	<b>Aspergillus-Antikörper</b>	9,02 €
32632	<b>Candida-Antikörper</b>	9,02 €
32633	<b>Coccidioides-Antikörper</b>	22,45 €
32634	<b>Histoplasma-Antikörper</b>	16,93 €
32635	<b>Cysticercus-Antikörper</b>	16,93 €
32636	<b>Echinococcus-Antikörper</b>	13,06 €
32637	<b>Entamoeba histolytica-Antikörper</b>	13,52 €

32638	<b>Leishmania-Antikörper</b>	17,39 €
32639	<b>Plasmodien-Antikörper</b>	14,17 €
32641	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Antikörperspezifität	10,21 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32641 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*

*Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Reagenzträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen 32584 bis 32639 und 32641 berechnungsfähig.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32572 und 32573, 32584 bis 32639 und 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 EURO.*

*Die Gebührenordnungsposition 32630 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32801 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32629 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01833 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32818 und 32831 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32594 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32803 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32614 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01932 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32617 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01933 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32618 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01934 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32601 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32809 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32589, 32592, 32595, 32600, 32622, 32625 und 32628 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32601, 32604, 32609 und 32610 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32853 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32618 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.*

32642	<b>Nachweis neutralisierender Antikörper mittels Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei,</b>	13,06 €
	je Untersuchung unter Angabe des Antikörpers	

Untersuchungen auf **Antikörper gegen Krankheitserreger** mittels Immunreaktion mit elektrophoretisch aufgetrennten und/oder diagnostisch gleichwertigen rekombinanten mikrobiellen/viralen Antigenen (**Immunoblot**) als **Bestätigungs- oder Abklärungstest**



nach positivem oder fraglich positivem Antikörpernachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664

32660	<b>HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot)</b>	20,30 €
32661	<b>HCV-Antikörper</b>	20,30 €
32662	<b>Borrelia-Antikörper</b>	18,68 €
32663	<b>Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest</b>	18,49 €
32664	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Krankheitserregers	17,66 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32664 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32660 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32850 berechnungsfähig.*

32670	<b>Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen</b> (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-Complex (außer BCG) bei Patienten	53,36 €
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vor Einleitung oder während einer Behandlung mit einem Arzneimittel, für das der Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose in der Fachinformation (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels / Summary of Product Characteristics) des Herstellers gefordert wird</li> <li>- mit einer HI-Virus Infektion nur vor einer Therapieentscheidung einer behandlungsbedürftigen Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis-Complex (außer BCG)</li> <li>- vor Einleitung einer Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz</li> <li>- vor Durchführung einer Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas)</li> </ul>	

*Die Gebührenordnungsposition 32670 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als "Ähnliche Untersuchung" für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig.*

32674	<b>Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV) zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn diese(r) laut Fachinformation obligat ist,</b> einmal am Behandlungstag	40,00 €
-------	--	---------

### 32.3.8 Parasitologische Untersuchungen

- 32680 Nachweis von **Parasiten-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung,  
je Untersuchung unter Angabe des Antigens  
*Die Gebührenordnungsposition 32680 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.* 8,28 €
- 32681 **Kulturelle Untersuchung auf Protozoen** 5,24 €  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kulturelle Untersuchung auf Protozoen, z. B. auf Trichomonaden, Lamblien,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),  
je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung
- 32682 **Systematische parasitologische Untersuchung** auf einheimische und/oder tropische **Helminthen** und/oder **Helmintheneier nach Anreicherung**, z. B. SAF-, Zink-Sulfat-Anreicherung, einschl. aller mikroskopischen Untersuchungen 6,35 €
- 32683 **Nukleinsäurenachweis von Erregern von Parasitosen bei immundefizienten Patienten außer Toxoplasma aus einem Körpermaterial**, 18,31 €  
je Erregerart, höchstens drei Erregerarten je Untersuchungsprobe  
*Die Gebührenordnungsposition 32683 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32680 und 32833 berechnungsfähig.*
- 32.3.9 Mykologische Untersuchungen**
- 32685 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Agglutination** und/oder **Immunpräzipitation**, 9,57 €  
je Untersuchung unter Angabe des Antigens
- 32686 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, 10,76 €  
je Untersuchung unter Angabe des Antigens
- 32687 **Kulturelle mykologische Untersuchung** 4,23 €  
*Obligater Leistungsinhalt*  
- Kulturelle mykologische Untersuchung  
- nach Aufbereitung (z. B. Zentrifugation, Auswaschung) und/oder  
- unter Verwendung von mindestens 2 Nährmedien

- und/oder  
- als Langzeitkultivierung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Keimzahlbestimmung,
  - nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),
- unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials
- Die mykologische Untersuchung von Haut-, Schleimhaut- oder Vaginalabstrichen einschl. von Vaginalsekret ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 32687, sondern nach der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.*
- 32688 Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen** 2,48 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen mittels kultureller Verfahren und mikroskopischer Prüfung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Biochemische Differenzierung,
- je Pilzart
- Die Gebührenordnungsposition 32688 ist bei derselben Pilzart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.*
- 32689 Biochemische Differenzierung von Hefen** 9,29 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens 8 Reaktionen,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Kulturelle Verfahren,
- je Hefeart
- Die Gebührenordnungsposition 32689 ist bei derselben Hefeart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.*
- 32690 Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren,** 2,12 €
- je Antiserum
- Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32690 beträgt 11,50 EURO.*
- 32691 Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen** in Reinkultur, 5,15 €  
insgesamt je Körpermaterial
- 32692 Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit),** 6,06 €

je Art

*Die Gebührenordnungsposition 32692 ist bei derselben Art nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32688 und 32689 berechnungsfähig.*

### 32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen

32700	Nachweis von <b>Bakterien-Antigenen</b> aus einem Körpermaterial ( <b>Direktnachweis</b> ) mittels <b>Agglutination</b> und/oder <b>Immunpräzipitation</b> , je Untersuchung unter Angabe des Antigens	8,74 €
32701	<b>Clostridioides difficile-Nachweis im Stuhl</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Nachweis des Glutamat-Dehydrogenase-Enzyms - Nachweis der Toxine A und B	23,80 €
32702	<b>Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32701 für den Nukleinsäurenachweis von Clostridioides difficile bei diskordanten Ergebnissen des Immunoassays</b>	18,31 €
	Nachweis von <b>Bakterien-Antigenen</b> aus einem Körpermaterial ( <b>Direktnachweis</b> ) mittels <b>Immunfluoreszenz</b> und/oder <b>Immunoassay</b> mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32704 bis 32707, je Untersuchung	
32704	<b>Mycoplasma pneumoniae</b>	8,92 €
32705	<b>Shigatoxin</b> (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung	8,56 €
32706	<b>Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl</b>	21,62 €
32707	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antigens	10,95 €

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32707 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 32706 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus-duodeni-Erkrankung oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulkus-Erkrankung.*

*Die Gebührenordnungsposition 32706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02400 und 32315 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32704 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.*

**Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32727,

*Obligater Leistungsinhalt*

	- Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Keimzahlbestimmung,	
	- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,	
	- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en), je Untersuchung	
32720	<b>Urinuntersuchung</b> mit mindestens zwei Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung	5,06 €
32721	Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z. B. <b>Sputum, Bronchialsekret</b> , mit mindestens drei Nährböden	6,62 €
32722	<b>Stuhluntersuchung</b> mit mindestens fünf Nährböden, ggf. <b>einschl. anaerober Untersuchung</b> , z. B. auf Clostridien	7,36 €
32723	<b>Stuhluntersuchung</b> mit mindestens fünf Nährböden, einschl. <b>Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter</b> und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien	9,84 €
32724	<b>Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut</b>	10,76 €
32725	<b>Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial</b> , ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart	8,65 €
32726	<b>Untersuchung eines Abstrichs</b> , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart	5,89 €
32727	<b>Untersuchung eines Abstrichs</b> , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart	7,82 €

*Anstelle der Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 sind die Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32720 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.*

**Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger,** gilt für die Gebührenordnungspositionen 32740 bis 32747

*Obligater Leistungsinhalt*

- Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

32740	<b>Untersuchung auf betahämolisierende Streptokokken,</b> z. B. aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden	4,97 €
32741	<b>Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae</b> unter vermehrter CO <sub>2</sub> -Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder $\beta$ -Lactamaseprüfung	4,78 €
32742	<b>Untersuchung auf Aktinomyzeten</b>	5,70 €
32743	<b>Untersuchung auf Borrelien</b>	6,07 €
32744	<b>Untersuchung auf Mykoplasmen,</b> ggf. auch mehrere Gattungen (z. B. Mycoplasma, Ureaplasma)	8,74 €
32745	<b>Untersuchung auf Legionellen</b>	6,07 €
32746	<b>Untersuchung auf Leptospiren</b>	6,07 €
32747	<b>Untersuchung auf Mykobakterien</b> mit mindestens einem flüssigen und zwei festen Kulturmedien	32,11 €

*Die Gebührenordnungspositionen 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig.*

32748	<b>Bakteriologische Untersuchung in vivo</b>	12,70 €
-------	--	---------

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bakteriologische Untersuchung in vivo, z. B. Toxinnachweis,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachfolgende kulturelle und mikroskopische Untersuchungen, je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers

*Die Gebührenordnungsposition 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.*

32749 Nachweis **bakterieller Toxine**, z. B. Verotoxine, mittels **Zellkultur(en)**, 11,78 €  
je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins

32750 **Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren**, 3,59 €  
je Antiserum

*Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32750 beträgt 39,00 EURO.*

32759 **Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit)**, 6,06 €  
je Bakterienart

*Die Gebührenordnungsposition 32759 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 berechnungsfähig.*

**Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765

*Obligater Leistungsinhalt*

- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
  - biochemischer und/oder kultureller Verfahren  
oder
  - Nukleinsäuresonden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Subkultur(en),  
je Bakterienart und/oder -typ

32760 **Verfahren mit bis zu drei Reaktionen** 3,31 €

32761 **Verfahren mit mindestens vier Reaktionen** 4,88 €

32762 **Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen** 8,10 €

32763 **Differenzierung von strikten Anaerobiern** 12,24 €

32764 **Differenzierung von Tuberkulosebakterien** (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, BCG-Stamm) 26,13 €

32765 **Differenzierung von Mykobakterien**, die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. **ubiquitäre Mykobakterien**), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden 31,74 €

*Die Gebührenordnungsposition 32760 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 und 32761 bis 32765 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32761 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759, 32760 und 32762 bis 32765 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32762 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32761 und 32763 bis 32765 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32763 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32762, 32764 und 32765 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32764 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32763 und 32765 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32765 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32764 berechnungsfähig.*

- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| 32768 | Bestimmung der <b>minimalen Hemmkonzentration</b> (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in <b>mindestens acht Verdünnungsstufen</b> ,<br>je Untersuchungsprobe, insgesamt   | 17,20 € |
| 32769 | <b>Zuschlag</b> zur Gebührenordnungsposition 32768 bei Bestimmung der <b>minimalen bakteriziden Konzentration</b> (MBK) durch Subkulturen,<br>je Untersuchungsprobe  | 8,46 €  |
| 32770 | <b>Empfindlichkeitsprüfungen</b> von <b>Mykobakterien</b> in Reinkultur,<br>je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils zwei Abstufungen<br><br><i>Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32770 beträgt 39,50 EURO je Mykobakterienart.</i>  | 7,27 €  |
| 32772 | <b>Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten gramnegativen Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie mindestens drei für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen</b><br><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i><br>- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,<br>je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe<br><br><i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.</i> | 6,38 €  |



*Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.*

- 32773 Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten grampositiven Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie der für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen** 6,38 €
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,
- je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe
- Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.*
- Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.*
- 32774 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32772 bei gramnegativen Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en),** 7,82 €
- je Bakterienart und Resistenzmechanismus
- 32775 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32773 bei grampositiven Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en),** 7,82 €
- je Bakterienart und Resistenzmechanismus
- 32777 Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten Bakterien aus einem Material** 6,93 €
- mit atypischem Färbeverhalten nach Gram
- oder
- für die gemäß EUCAST oder CLSI ein von den Gebührenordnungspositionen 32772 oder 32773 abweichender Leistungsinhalt definiert ist,
- je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe
- Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.*

**32.3.11 Virologische Untersuchungen**

Nachweis von **Virus-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder mittels **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32779 bis 32782 und 32784 bis 32791,

je Untersuchung

32779	<b>SARS-CoV-2</b>	10,80 €
32780	<b>Hepatitis A-Virus (HAV)</b>	7,08 €
32781	<b>Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)</b>	5,06 €
32782	<b>Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg)</b>	10,03 €
32784	<b>Cytomegalievirus (CMV)</b>	17,02 €
32785	<b>Herpes simplex-Viren</b>	15,92 €
32786	<b>Influenzaviren</b>	8,46 €
32787	<b>Parainfluenzaviren</b>	5,61 €
32788	<b>Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)</b>	17,02 €
32789	<b>Adenoviren</b>	8,00 €
32790	<b>Rotaviren</b>	6,81 €
32791	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antigens	12,14 €

*Untersuchungen mittels vorgefertigter Reagenzträger (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32779 berechnungsfähig.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32779 setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 32779 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 32785 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32800 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32781 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01810 und 01932 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32785 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 32786 bis 32788 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32790 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32853 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32781 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32789 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32853 berechnungsfähig.*

32792	<b>Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Verwendung spezifischer Antiseren (Immunelektronenmikroskopie)	42,32 €
32793	Anzüchtung von <b>Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Folgekulturen (Passagen)	9,48 €
32794	<b>Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei</b>  <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794 beträgt 46,00 EURO je Körpermaterial.</i>	9,38 €
32795	<b>Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei,</b> je Antiserum	8,46 €

### **32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen**

1. Immundefizient sind Patienten, bei denen mindestens ein Teil des Immunsystems aufgrund exogener oder endogener Ursachen soweit eingeschränkt ist, dass eine regelgerechte Immunreaktion nicht erfolgt und ein Auftreten opportunistischer Infektionen zu erwarten ist.
2. Der Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) erfolgt mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken und beinhaltet für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32815, 32817 sowie 32823 bis 32827 die Aufbereitung (z. B. Zellisolierung, Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifitätskontrolle des Amplifikats (z. B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl. reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen.

32800	<b>Nukleinsäurenachweis von Herpes-simplex-Virus Typ 1 und Typ 2 bei immundefizienten Patienten</b>  <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 38,40 Euro.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 32800 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32785 berechnungsfähig.</i>	18,31 €
-------	---	---------

32801	<b>Nukleinsäurenachweis von Varicella-Zoster-Virus bei immundefizienten Patienten</b>	18,31 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32801 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32630 berechnungsfähig.</i>	
32802	<b>Nukleinsäurenachweis von Pneumocystis jirovecii bei immundefizienten Patienten</b>	18,31 €
32803	<b>Nukleinsäurenachweis von Listeria spp. bei immundefizienten Patienten</b>	18,31 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32803 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32594 berechnungsfähig.</i>	
32804	<b>Nukleinsäurenachweis von Zika-Virus-RNA</b>	18,31 €
32805	<b>Nukleinsäurenachweis von sonstigen Arboviren</b>	18,31 €
32806	<b>Nukleinsäurenachweis von Masernvirus</b>	18,31 €
32807	<b>Nukleinsäurenachweis von Mumpsvirus</b>	18,31 €
32808	<b>Nukleinsäurenachweis von Rötelnvirus</b>	18,31 €
32809	<b>Nukleinsäurenachweis von Adenoviren aus Konjunktivalabstrich</b>	18,31 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32601 berechnungsfähig.</i>	
32810	<b>Nukleinsäurenachweis von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleimhautläsionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor),</b> höchstens dreimal im Behandlungsfall	18,31 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32810 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.</i>	
32815	<b>Quantitative Bestimmung der Hepatitis D-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,</b> höchstens dreimal im Behandlungsfall	82,34 €
32816	<b>Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i>	18,31 €

- Untersuchung von Material der oberen Atemwege (Oropharynx-Abstrich und/oder Nasopharynx-Abstrich),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung von Material der tiefen Atemwege (Bronchoalveoläre Lavage, Sputum (nach Anweisung produziert bzw. induziert) und/oder Trachealsekret),

einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 32816 ist im Behandlungsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32816 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32816 setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.*

**32817 Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 82,34 €  
höchstens dreimal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 32817 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01866 berechnungsfähig.*

**32818 Quantitative Bestimmung der CMV-DNA** 40,94 €  
- zur Diagnostik einer CMV-Reaktivierung bei organtransplantierten Patienten oder immundefizienten Patienten  
oder  
- vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie

*Die Gebührenordnungsposition 32818 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32818 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 berechnungsfähig.*

**32820 Genotypische CMV-Resistenztestung bei Verdacht auf ein Therapieversagen unter einer spezifischen antiviralen Therapie** 260,00 €  
*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in den Genen UL97 und UL54,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in weiteren Genen,

einmal im Behandlungsfall

**32821 Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht** 260,00 €

**auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)**

- Integrase-Inhibitoren  
oder
- Corezeptor-Antagonisten  
oder
- Fusionsinhibitoren,  
je Substanzklasse

*Die Gebührenordnungsposition 32821 setzt die Angabe der Substanzklasse als Art der Untersuchung voraus.*

*Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.*

- |       |   |          |
|-------|---|----------|
| 32823 | <p><b>Quantitative Bestimmung der Hepatitis C-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,</b><br/>höchstens dreimal im Behandlungsfall</p>   | 82,34 €  |
| 32824 | <p><b>Quantitative Bestimmung der HIV-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,</b><br/>höchstens dreimal im Behandlungsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32824 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32850 berechnungsfähig.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32824 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 berechnungsfähig.</i></p>  | 82,34 €  |
| 32825 | <p><b>Nachweis von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis-Complex (MTC) bei begründetem Verdacht auf eine Tuberkulose</b></p>  | 56,49 €  |
| 32827 | <p><b>Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps vor oder während spezifischer antiviraler Therapie,</b><br/>einmal im Behandlungsfall</p>   | 82,34 €  |
| 32828 | <p><b>Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protease-Inhibitoren<br/>und/oder</li> <li>- Reverse Transkriptase-Inhibitoren</li> </ul> <p><i>Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32828 umfasst auch die gemäß Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu</i></p> | 239,20 € |

*Untersuchungen und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung festgelegten Indikationen.*

- 32830 **Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis,** 18,31 €  
einmal im Behandlungsfall
- 32831 **Nukleinsäurenachweis von Zytomegalie-Virus** bei 18,31 €  
- organtransplantierten Patienten  
oder  
- bei Verdacht auf eine kongenitale CMV-Infektion  
oder  
- bei konkreter therapeutischer Konsequenz in begründeten  
Einzelfällen bei immundefizienten Patienten
- Die Gebührenordnungsposition 32831 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 32831 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 berechnungsfähig.*
- 32832 **Nukleinsäurenachweis von Parvovirus in besonders zu** 18,31 €  
**begründenden Einzelfällen oder aus Fruchtwasser und/oder**  
**Fetalblut zum Nachweis einer vorgeburtlichen fetalen Infektion**
- 32833 **Nukleinsäurenachweis von Toxoplasma** aus 18,31 €  
- Fruchtwasser und/oder Fetalblut  
oder  
- bei immundefizienten Patienten
- Die Gebührenordnungsposition 32833 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.*
- 32834 **Nukleinsäurenachweis von Erreger im Liquor** 18,31 €
- 32835 **Nukleinsäurenachweis von HCV,** 39,93 €  
einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 32835 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01867 berechnungsfähig.*
- 32837 **Nukleinsäurenachweis von MRSA (nicht für das** 18,31 €  
**Sanierungsmonitoring)**
- Die Gebührenordnungsposition 32837 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnungsfähig.*
- 32839 **Nukleinsäurenachweis von Chlamydien** 18,31 €

*Die Gebührenordnungsposition 32839 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915 und 01936 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32839 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.*

<b>32842 Nukleinsäurenachweis von Mykoplasmen</b>	18,31 €
<i>Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.</i>	
<i>Die Gebührenordnungsposition 32842 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.</i>	
<b>32843 Nukleinsäurenachweis von Polyomavirus bei immundefizienten Patienten</b>	18,31 €
<b>32844 Nukleinsäurenachweis von Epstein-Barr-Virus bei immundefizienten Patienten</b>	18,31 €
<b>32845 Nukleinsäurenachweis von HAV,</b> einmal im Behandlungsfall	18,31 €
<b>32846 Nukleinsäurenachweis von HEV,</b> einmal im Behandlungsfall	18,31 €
<b>32847 Nukleinsäurenachweis von HDV,</b> einmal im Behandlungsfall	18,31 €
<b>32850 Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA,</b> einmal im Behandlungsfall	39,93 €
<i>Die Gebührenordnungsposition 32850 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32660 und 32824 berechnungsfähig.</i>	
<b>32851 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter respiratorischer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)</b>	18,31 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>- virale Erreger: Influenza A und B, Parainfluenzaviren, Bocavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, Adenoviren, humanes Metapneumovirus, Rhinoviren, Enteroviren, Coronaviren (außer beta-Coronavirus SARS-CoV-2),</li> <li>- bakterielle Erreger: Bordetella pertussis und B. parapertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae,</li> </ul>	



je Erreger

*Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32851 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32851 beträgt 83,40 Euro.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 32851 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32851 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32589, 32592, 32595, 32600, 32601, 32604, 32609, 32610, 32622, 32625, 32628, 32704, 32786 bis 32789, 32839 und 32842 berechnungsfähig.*

**32852 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger sexuell übertragbarer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)** 18,31 €

- Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Herpes-simplex-Virus Typ 1 und 2,

je Erreger

*Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32852 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 38,40 Euro.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 32852 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen und/oder C. trachomatis nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32852 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen zum Nachweis von Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32852 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915, 01936, 32785, 32839 und 32842 berechnungsfähig.*

**32853 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter gastrointestinaler Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)** 18,31 €

- virale Erreger: Noroviren, Enteroviren, Rotaviren, Adenoviren, Astroviren, Sapoviren,
- bakterielle Erreger: Campylobacter, Salmonellen, Shigellen, Yersinia enterocolitica, Yersinia pseudotuberculosis, EHEC/EPEC,
- Cryptosporidium spp., Entamoeba histolytica, Giardia duodenalis, Strongyloides spp.,

je Erreger

Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32853 mit 7,23 Euro je Erreger bewertet.

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 32853 beträgt 83,40 Euro.

Die Gebührenordnungsposition 32853 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32601, 32604, 32609, 32610, 32789 und 32790 berechnungsfähig.

### 32.3.14 Molekulargenetische Untersuchungen

32860	<b>Faktor-V-Leiden-Mutation</b> insgesamt	27,60 €
32861	<b>Prothrombin G20210A-Mutation</b> insgesamt	27,60 €
32863	<b>Nachweis einer MTHFR-Mutation</b> (Homocystein Konzentration im Plasma > 50 µmol pro Liter)	27,60 €
32864	<b>Hämochromatose</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Untersuchung auf die C282Y- und die H63D-Mutation des HFE (Hämochromatose)-Gens, einmal im Krankheitsfall	46,00 €
32865	<b>Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1 gemäß der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Untersuchung des CYP2D6-Gens mittels Sequenzanalyse, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Untersuchung auf eine Deletion und/oder Duplikation, einmal im Krankheitsfall	308,50 €
32866	<b>Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)</b> <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C9*1, CYP2C9*2 und CYP2C9*3, einmal im Krankheitsfall	75,44 €

- 32867 **Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 110,40 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung des DPYD Gens auf die Varianten c.1905+1G>A, c.1679T>G, c.2846A>T und c.1236G>A/HapB3, einmal im Krankheitsfall
- 32868 **Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit einem irinotecanhaltigen Arzneimittel** 50,00 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1\*6 und UGT1A1\*28, einmal im Krankheitsfall
- 32869 **Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III) gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 82,00 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19\*2 und CYP2C19\*3, einmal im Krankheitsfall

### 32.3.15 Immungenetische Untersuchungen

#### 32.3.15.1 Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 sind nur vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.
2. Die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zu Anforderungen an die Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und 4b) Transplantationsgesetz ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 setzt die endständige Angabe eines der folgenden Codes gemäß ICD-10-GM voraus, der die Indikation dokumentiert: U55.-, Z00.5, Z52.-, Z75.6- oder Z75.7-. Für Empfänger einer Knochenmarkspende ist der entsprechende Code aus C00 - D90 ICD-10-GM endständig anzugeben.

- 32901 **Ausschluss einer Expressionsvariante,** 19,41 €

	je Genort	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	
32902	<b>Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung</b>	105,80 €
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- DNA-Präparation,	
	je Genort	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32935 und 32937 berechnungsfähig.</i>	
32904	<b>Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung</b>	138,00 €
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- DNA-Präparation,	
	je Genort	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32904 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	
32906	<b>Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung</b>	66,24 €
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- DNA-Präparation,	
	je Genort	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32906 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	
32908	<b>Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung</b>	105,80 €
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- DNA-Präparation,	
	je Genort	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32908 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	
32910	<b>Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT),</b>	39,47 €
	je Spender	
32911	<b>Erweitertes Transplantations-Cross-Match</b>	78,30 €

*Obligater Leistungsinhalt*

- Isolierung von B- und/oder T-Zellen als vorbereitende Untersuchung,
- B-Zell- und/oder T-Zell-Cross-Match ggf. einschließlich DTT-Cross-Match,

je Spender

*Die Gebührenordnungsposition 32911 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund der Analyse-Ergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 32910 nicht vollständig beantwortet werden konnte.*

- |       |  |          |
|-------|--|----------|
| 32915 | <p><b>Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT),</b><br/>je HLA-Klasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32939 berechnungsfähig.</i></p>   | 29,50 €  |
| 32916 | <p><b>Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden,</b><br/>je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32940 berechnungsfähig.</i></p> | 47,30 €  |
| 32917 | <p><b>Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes,</b><br/>je HLA-Klasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32917 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.<br/>Die Gebührenordnungsposition 32917 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32918, 32941 und 32942 berechnungsfähig.</i></p>        | 79,00 €  |
| 32918 | <p><b>Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest,</b><br/>je HLA-Klasse</p>   | 150,00 € |

*Die Gebührenordnungsposition 32918 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32941 und 32942 berechnungsfähig.*

### **32.3.15.2 Allgemeine immungenetische Untersuchungen**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <p><b>32931 Molekulargenetischer Nachweis HLA-B27</b></p> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DNA-Präparation,</li> </ul> <p>einmal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32931 ist bis 30. Juni 2017 auch für den immunologischen Nachweis von HLA-B 27 und unabhängig von der Erfüllung der Qualifikationsanforderungen für den fakultativen Leistungsinhalt berechnungsfähig.</i></p>  | <p>27,60 €</p>  |
| <p><b>32932 Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung</b></p> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DNA-Präparation,</li> <li>- Nachweis in Zweifeldauflösung, sofern die Relevanz oder Assoziation auf Zweifeldniveau definiert ist,</li> </ul> <p>je Merkmal</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32932 ist nicht für den Nachweis des HLA-B27 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Der Höchstwert im Krankheitsfall für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32931 und 32932 beträgt 80,00 Euro.</i></p> | <p>30,36 €</p>  |
| <p><b>32935 Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C,</b></p> <p>je Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32935 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32937 berechnungsfähig.</i></p>  | <p>70,56 €</p>  |
| <p><b>32937 Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung</b></p> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DNA-Präparation,</li> </ul> <p>je Genort</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32937 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA-kompatiblen Thrombozytenpräparates berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32937 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32935 berechnungsfähig.</i></p>                               | <p>105,80 €</p> |

- 32939 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT),** 29,50 €  
je HLA-Klasse  
*Die Gebührenordnungsposition 32939 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 32939 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32915 berechnungsfähig.*
- 32940 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden,** 47,30 €  
je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse  
*Die Gebührenordnungsposition 32940 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 32940 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 32940 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32916 berechnungsfähig.*
- 32941 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen,** 79,00 €  
je HLA-Klasse  
*Die Gebührenordnungsposition 32941 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 32941 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918 und 32942 berechnungsfähig.*
- 32942 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest,** 150,00 €  
je HLA-Klasse  
*Die Gebührenordnungsposition 32942 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918 und 32941 berechnungsfähig.*
- 32943 **Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Komplement-abhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942,** 150,00 €  
je HLA-Klasse  
*Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.*

- 32945 Typisierung des HPA-1- und HPA-5-Merkmals auf die Allele a und b** 55,20 €  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - DNA-Präparation,  
 einmal im Krankheitsfall
- 32946 Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b** 82,80 €  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Typisierung HPA-2, 3, 4, 6 und 15,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - DNA-Präparation,  
 einmal im Krankheitsfall
- Die Gebührenordnungsposition 32946 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates, zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls oder eines Refraktärzustandes nach einer Thrombozytentransfusion berechnungsfähig.*
- 32947 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) von Thrombozyten in einem komplementunabhängigen Testsystem unter Verwendung von immobilisierten HLA-Antigenen und Thrombozytenantigenen** 39,47 €  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Thrombozytenkreuzprobe vor Transfusion eines HLA- und/oder HPA-ausgewählten Thrombozytenpräparates,  
 je Spender
- Die Gebührenordnungsposition 32947 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA- und/oder HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates oder zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls berechnungsfähig.*
- 32948 Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems** 28,70 €
- 32949 Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoprotein-spezifischer Festphasenmethoden,** 28,70 €  
 je Glykoproteinkomplex
- Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32949 beträgt 114,80 Euro im Behandlungsfall.*  
*Die Gebührenordnungsposition 32949 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß der Gebührenordnungsposition 32948 berechnungsfähig.*



### 33 Ultraschalldiagnostik

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
2. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, ggf. als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist - mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und der leeren Harnblase bei Restharnbestimmung - obligater Bestandteil der Leistungen.
3. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen.
4. Optische Führungshilfen mittels Ultraschall sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen 33091 und 33092 zu berechnen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen, sofern in den Präambeln und Gebührenordnungspositionen des EBM nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Gebührenordnungsposition 33100 kann ausschließlich von:
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
 berechnet werden.

#### 33000 Ultraschalluntersuchung des Auges

11,77 €  
95 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33000 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33000 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33000 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

#### 33001 Ultraschall-Biometrie des Auges

6,07 €  
49 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Ultraschall-Biometrie der Achsenlänge eines Auges,
- Berechnung einer intraokularen Linse eines Auges,

- Graphische Dokumentation,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Messung von Teilabschnitten der Achsenlänge,  
je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33001 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33001 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33001 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

**33002 Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie** 6,57 €  
53 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33002 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33002 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33002 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

**33010 Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Mode- und/oder B-Mode-Verfahren,** 6,57 €  
53 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33010 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33010 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

**33011 Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)** 9,79 €  
79 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der Gesichteweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahren,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33011 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 33011 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33011 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33012 Sonographische Untersuchung der **Schilddrüse** mittels **B-Mode-**Verfahren, 9,54 €  
77 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33012 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33012 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33020 **Echokardiographische Untersuchung** mittels **M-Mode-** und **B-Mode-**Verfahren, 30,36 €  
245 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33020 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33021, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33020 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33020 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.*

- 33021 **Doppler-Echokardiographie** mittels **PW-** und/oder **CW-Doppler**, 33,46 €  
270 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33021 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775*

*berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33021 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33021 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33021 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.*

**33022 Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbkodierung,** 38,05 €  
je Sitzung 307 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33022 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33022 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33022 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020, 33021, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33022 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33022 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.*

**33023 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 sowie 33020 bis 33022 bei transösophagealer Durchführung** 46,85 €  
378 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33023 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33023 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33023 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33023 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33030 **Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung, je Sitzung 89,36 €  
721 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33030 kann nur berechnet werden, wenn die Arztpraxis über die Möglichkeit zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügt.*
- Die Gebührenordnungsposition 33030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020 bis 33022 und 33031 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33030 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33030 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 33031 **Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung, je Sitzung 100,01 €  
807 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33031 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020 bis 33022 und 33030 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33031 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33031 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 33040 Sonographische Untersuchung der **Thoraxorgane** mittels B-Mode-Verfahren, je Sitzung 13,63 €  
110 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33040 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33040 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*
- Die Gebührenordnungsposition 33040 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33040 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33041 Sonographische Untersuchung einer oder beider **Brustdrüsen** mittels **B-Mode-Verfahren**, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten, je Sitzung 18,59 €  
150 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33041 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 08320 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33041 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33042 Sonographische Untersuchung des **Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren** mittels **B-Mode-Verfahren**, je Sitzung 17,72 €  
143 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 oder 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33042 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01772 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01773 nur mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 01906, 08341 und 33043 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **Uro-Genital-Organen** mittels **B-Mode**-Verfahren,  
je Sitzung

10,16 €  
82 Punkte

*Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33043 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01902, 01904, 01906, 08341, 33042, 33044 und 33081 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase**, mittels **B-Mode-Verfahren** 16,11 €  
130 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Transkavitäre Untersuchung

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904 bis 01906, 01912, 08341, 33043, 33081 und 33090 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

33046 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung** 9,42 €  
76 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(-en)

*Die Gebührenordnungsposition 33046 ist entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen*



*Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33046 genannten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.*

- 33050 Sonographische Untersuchung von **Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates** (Sehne, Muskel, Bursa) mittels **B-Mode-Verfahren**,  
je Sitzung 8,43 €  
68 Punkte

*Sonographische Untersuchungen der Säuglingshöften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33050 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33050 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722, 33051, 33081 und 33100 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33050 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33050 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33051 Sonographische Untersuchung der **Säuglingshöften** mittels **B-Mode-Verfahren**,  
je Sitzung 12,77 €  
103 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722 und 33050 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33051 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33051 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33052 **Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind**,  
je Sitzung 13,63 €  
110 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33052 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33052 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33052 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

33060 Sonographische Untersuchung **extrakranieller hirnersorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen 33,09 €  
267 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnersorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33060 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.*

*Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33060 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33060 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33070 berechnungsfähig.*

33061 Sonographische Untersuchung **der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität, 11,15 €  
90 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33061 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33061 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 30500 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

33062 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **CW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumeszanzmessung, je Sitzung 8,80 €  
71 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33064 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33062 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

33063 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen Gefäße** mittels **PW-Doppler**-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen 28,63 €  
231 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33063 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.*

*Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33063 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33063 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*

33064 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **PW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumeszanzmessung, 11,28 €  
91 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33064 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33062 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33064 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33064 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

33070 Sonographische Untersuchung der **extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten 47,22 €  
381 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- CW-Doppler-Sonographie (Nr. 33060),

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33070 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33070 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33070 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33070 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33060 berechnungsfähig.*

33071 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren, 26,52 €  
214 Punkte

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33071 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33071 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*

- 33072 Sonographische Untersuchung der **extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren,  
je Sitzung 27,76 €  
224 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*
- 33073 Sonographische Untersuchung der **abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums** mittels **Duplex**-Verfahren,  
je Sitzung 27,76 €  
224 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*
- Die Gebührenordnungsposition 33073 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33073 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*
- 33074 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des weiblichen Genitalsystems** mittels **Duplex**-Verfahren,  
je Sitzung 23,30 €  
188 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33074 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*
- Die Gebührenordnungsposition 33074 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33074 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33074 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33075 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33074 für die Durchführung der Untersuchung als **farbkodierte Untersuchung** 4,59 €  
37 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33075 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.*

*Die Gebührenordnungsposition 33075 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33075 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33075 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*

- 33076 Sonographische Untersuchung der **Venen einer Extremität** mittels **B-Mode**-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen, 9,05 €  
je Sitzung 73 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33076 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33076 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

- 33080 **Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren,** 7,81 €  
je Sitzung 63 Punkte

*Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z. B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.*

*Bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut ist entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um 1 Minute zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33080 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33080 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33080 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 33081 Sonographische Untersuchung von **Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080 und 33100 sind**, mittels **B-Mode**-Verfahren,  
je Sitzung
- 6,94 €  
56 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist neben den Gebührenordnungspositionen 33011, 33040 und 33042 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01902, 01904, 01906, 33043, 33044 und 33050 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

- 33090 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 **bei transkavitärer Untersuchung**
- 7,06 €  
57 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist bei transoesophagealer Durchführung zweimal je Sitzung berechnungsfähig, sofern mindestens eine der folgenden Diagnosen (C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus, C16.- Bösartige Neubildung des Magens, C17.0 Bösartige Neubildung des Duodenums, C17.1 Bösartige Neubildung des Jejunums, C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge, C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase, C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas) oder eine der folgenden gesicherten Diagnosen (K80.-*

*Cholelithiasis, K83.- sonstige Krankheiten der Gallenwege, K85.- Akute Pankreatitis, K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas) vorliegt. Die zweimalige Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 08341 und 33044 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

33091 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für **optische Führungshilfe**

10,78 €  
87 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33091 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33091 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33091 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

33092 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33042, 33043 und 33044 für **optische Führungshilfe**

14,62 €  
118 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33092 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 33092 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.*



*Die Gebührenordnungsposition 33092 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

**33100 Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren** 8,92 €  
72 Punkte

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Duplex-Verfahren,  
je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 33100 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33100 ist ausschließlich als Zusatzdiagnostik nach erfolgter elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung berechnungsfähig und setzt das Vorliegen der Ergebnisse einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 04437 oder 16322 in dem laufenden oder im vorausgegangenen Quartal voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 33100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33050 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33100 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

**33105 Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparovec** 54,53 €  
440 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der Leber,
- Elastographische Bewertung der Leber

*Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nur einmalig berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 33105 ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassene Therapie mit Etranacogen dezaparovec berechnungsfähig.*

*Bis zum 30. September 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33105 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition*

33042 berechtigt, voraus. Ab dem 1. Oktober 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 33105 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich, die die Gebührenordnungsposition 33105 umfasst.

Sofern die Gebührenordnungsposition 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

## 34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

### 34.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, des Strahlenschutzgesetzes und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 135b Abs. 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder zur Kernspintomographie-Vereinbarung oder zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie oder zur Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition(en) zu definieren (Definitionsauftrag) oder

durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Arzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages - auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte - bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.

4. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.
5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle, z. B. der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel, sind Bestandteil der entsprechenden Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels.
6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind, soweit erforderlich, die Kosten für Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchungen enthalten.

## 34.2 Diagnostische Radiologie

### 34.2.1 Schädel, Halsweichteile

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <p><b>34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels</b></p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen</li> </ul> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>  | <p>12,77 €</p> <p>103 Punkte</p> |
| <p><b>34211 Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers</b></p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers</li> </ul> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34211 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34282 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>              | <p>8,80 €</p> <p>71 Punkte</p>   |
| <p><b>34212 Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens</b></p> <p><i>Obligatorer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahme(n)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Halsorgane und/oder</li> <li>- des Mundbodens</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Breischluck</li> </ul> | <p>12,64 €</p> <p>102 Punkte</p> |

*Die Gebührenordnungsposition 34212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

### **34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie**

**34220 Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile** 11,28 €  
*Obligatorer Leistungsinhalt* 91 Punkte

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen und/oder
- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen, je Körperseite

*Die Gebührenordnungsposition 34220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

**34221 Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule** 17,35 €  
*Obligatorer Leistungsinhalt* 140 Punkte

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelsäulenabschnittes, je Wirbelsäulenabschnitt

*Die Gebührenordnungsposition 34221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34222 und 34503 berechnungsfähig.*

**34222 Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule** 20,33 €  
*Obligatorer Leistungsinhalt* 164 Punkte

- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang und/oder
- Seitlicher Strahlengang

*Die Gebührenordnungsposition 34222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34221 und 34503 berechnungsfähig.*

**34223 Myelographie(n)** 87,00 €  
*Obligatorer Leistungsinhalt* 702 Punkte

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Einbringung des Kontrastmittels,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelkanal-Abschnittes,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lumbalpunktion(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34223 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02342 und 34503 berechnungsfähig.*

### **34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien**

#### **34230 Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes**

9,17 €

*Obligator Leistungsinhalt*

74 Punkte

- Aufnahme eines Skelettteiles oder Kopfteiltes,
- Aufnahme(n) in einer Ebene,

je Teil

*Die Gebührenordnungsposition 34230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

#### **34231 Röntgenaufnahmen und/oder Teilaufnahmen der Schulter und/oder des Schultergürtels**

16,98 €

137 Punkte

*Obligator Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen und/oder Teilaufnahmen
  - der Schulter
  - und/oder
  - des Schultergürtels,

je Teil

*Die Gebührenordnungsposition 34231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

#### **34232 Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile**

12,27 €

99 Punkte

*Obligator Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Hand
  - oder
  - des Fußes
  - und/oder
  - deren Teile,

je Teil

*Die Gebührenordnungsposition 34232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

#### **34233 Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitätenteile**

12,27 €

99 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Extremitätenund/oder
  - deren Teile,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
  - Aufnahmen des distalen Unterschenkels,
- je Teil

*Die Gebührenordnungsposition 34233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

**34234 Röntgenaufnahme(n) des Beckens und/oder dessen Weichteile**

8,80 €

*Obligater Leistungsinhalt*

71 Punkte

- Aufnahme(n)
  - des Beckensund/oder
  - dessen Weichteile,
- Aufnahme(n) in einer Ebene

*Die Gebührenordnungsposition 34234 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

**34235 Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks**

75,72 €

611 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
  - der Schulteroder
  - des Ellbogensoder
  - des Hüftgelenksoder
  - des Kniegelenks,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gelenkpunktion(en),
- je Gelenk

*Die Gebührenordnungsposition 34235 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

- 34236 Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke** 63,70 €  
514 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
  - Kontrastmitteleinbringung(en),
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Gelenkpunktion(en),
- je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag
- Die Gebührenordnungsposition 34236 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- 
- 34237 Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen** 19,09 €  
154 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
  - Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen
- Die Gebührenordnungsposition 34237 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*
- 
- 34238 Durchführung gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233** 12,27 €  
99 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) in einer Ebene,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Lokalanästhesien,
  - Leitungsanästhesien,
- je Teil
- Die Gebührenordnungsposition 34238 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*
- 
- 34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens**
- 
- 34240 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane** 10,16 €  
82 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Breischluck
- Die Gebührenordnungsposition 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*

Die Gebührenordnungsposition 34240 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34241, 34242 und 34503 berechnungsfähig.

- 34241 Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane** 18,09 €  
146 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Breischluck
- Die Gebührenordnungsposition 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*
- Die Gebührenordnungsposition 34241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34240, 34242, 34280 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34242 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung** 32,97 €  
266 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen,
  - Durchleuchtung(en) (BV/TV)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Breischluck
- Die Gebührenordnungsposition 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*
- Die Gebührenordnungsposition 34242 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34240, 34241, 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34243 Röntgenübersichtsaufnahme(n) des Abdomens** 11,53 €  
93 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) des Abdomens in einer Ebene
- Die Gebührenordnungsposition 34243 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34244, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34243 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 34244 Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens** 17,47 €  
141 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahmen des Abdomens in mindestens zwei Ebenen
- Die Gebührenordnungsposition 34244 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*



*Die Gebührenordnungsposition 34244 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

- 34245 Röntgenaufnahme(n) von Teilen des Abdomens** 13,14 €  
106 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) von Teilen des Abdomens in einer Ebene
- Die Gebührenordnungsposition 34245 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34245 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 34246 Röntgenuntersuchung der Speiseröhre** 35,82 €  
289 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrastmitteleinbringung(en),
  - Durchleuchtung(en) (BV/TV)
- Die Gebührenordnungsposition 34246 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34247, 34260, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34247 Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms** 55,52 €  
448 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrastmitteleinbringung(en),
  - Durchleuchtung(en) (BV/TV),
  - Doppelkontrasttechnik,
  - Darstellung
    - des Magens
    - und/oder
    - des Zwölffingerdarms
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Darstellung der Speiseröhre
- Die Gebührenordnungsposition 34247 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34248 Röntgenuntersuchung des Dünndarms** 128,52 €  
1037 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Darstellung des ganzen Dünndarms in Doppelkontrasttechnik,
  - Einbringung des Kontrastmittels mittels einer Sonde (Sellink-Technik)
- Die Gebührenordnungsposition 34248 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34250 Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge** 49,33 €

*Obligater Leistungsinhalt* 398 Punkte

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der
  - Gallenblase
 und/oder
  - Gallengänge

*Die Gebührenordnungsposition 34250 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 13430, 13431, 34243 bis 34245, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

**34251 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms** 108,94 €

*Obligater Leistungsinhalt* 879 Punkte

- Darstellung des Dickdarmes retrograd bis zur Ileocoecalklappe in Doppelkontrasttechnik
- und/oder
- Stopplokalisation bei Tumor und/oder Ileus
- und/oder
- Darstellung des Restcolons über Stoma,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

*Die Gebührenordnungsposition 34251 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*

**34252 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** 91,71 €

*Obligater Leistungsinhalt* 740 Punkte

- Darstellung des Dickdarms bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Reposition bei Invagination

*Die Gebührenordnungsposition 34252 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*

### **34.2.5 Urogenitalorgane**

**34255 Ausscheidungsurographie** 54,16 €

*Obligater Leistungsinhalt* 437 Punkte

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenaufnahme(n) nach Kontrastmittelgabe

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Spätaufnahme(n)

*Die Gebührenordnungsposition 34255 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34255 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

#### 34256 Urethrozystographie oder Refluxzystogramm

68,04 €

*Obligater Leistungsinhalt*

549 Punkte

- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Miktionsaufnahme(n),
- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

*Die Gebührenordnungsposition 34256 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34256 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

#### 34257 Retrograde Pyelographie einer Seite

104,72 €

*Obligater Leistungsinhalt*

845 Punkte

- Leeraufnahme(n),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Zystoskopie

*Die Gebührenordnungsposition 34257 ist bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34257 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 08311, 26310, 26311, 34243 bis 34245, 34255, 34256, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34257 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

### 34.2.6 Gangsysteme

#### 34260 Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln

44,99 €

363 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
  - natürlichen Gangsystemen und/oder
  - krankhaft entstandenen Gangsystemen

- und/oder
- Höhlen
- und/oder
- Fisteln

**Fakultativer Leistungsinhalt**

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

*Die Gebührenordnungsposition 34260 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250, 34255 bis 34257 und 34503 berechnungsfähig.*

**34.2.7 Mammographie****34270 Mammographie**

33,96 €

**Obligator Leistungsinhalt**

274 Punkte

- Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz,
  - Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- je Seite

*Die Gebührenordnungsposition 34270 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.*

**34271 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270**

107,70 €

**Obligator Leistungsinhalt**

869 Punkte

- Biopsie(n) bei nicht tastbarem Befund
- und/oder
- Präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund oder vor neoadjuvanter Therapie
- und/oder
- Mammastanzbiopsie(n) unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund,
  - Mittels definierter Zielgeräte,
- je Seite

*Die Gebührenordnungsposition 34271 ist bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34271 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

**34272 Mammateilaufnahme(n)**

33,09 €

**Obligator Leistungsinhalt**

267 Punkte

- Aufnahme(n) in mindestens einer Ebene,
  - Vergrößerungstechnik,
- je Seite

*Die Gebührenordnungsposition 34272 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.*

**34273 Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates** 12,15 €  
98 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vergrößerungstechnik

*Die Gebührenordnungsposition 34273 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

**34274 Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34270 nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V** 33,71 €  
272 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

je Seite

*Die Gebührenordnungsposition 34274 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*

**34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene** gemäß 26,40 €  
213 Punkte  
der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme der Mamma medio-lateral oder latero-medial,

je Seite

*Die Gebührenordnungsposition 34275 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34270, 34272 und 34503 berechnungsfähig.*

#### **34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen**

**34280 Durchleuchtung(en)** 11,77 €  
95 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

*Die Gebührenordnungsposition 34280 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungs- und/oder Schichtaufnahmen beinhalten.*

*Die Gebührenordnungsposition 34280 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34280 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

### 34281 Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung

7,68 €  
62 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Durchleuchtung(en) bei Fraktur(en), Luxation(en) oder eingedringenden Fremdkörpern zur weiteren diagnostischen Abklärung nach Durchführung von konventionell radiologischen Aufnahme(n),
- Vorlage von Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

*Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungen beinhalten.*

*Die Gebührenordnungsposition 34281 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34281 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

### 34282 Schichtaufnahmen,

46,10 €  
372 Punkte

je Strahlengang und Projektionsrichtung

*Die Gebührenordnungsposition 34282 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34211 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34282 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*

#### **34.2.9 Gefäße**

1. Die Gebührenordnungspositionen 34290 bis 34292 und 34298 sind nur einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant und/oder belegärztlich) berechnungsfähig.
2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34291, 34292 und 34298 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
5. Bei der weiteren Abklärung nach erfolgter Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) ist gem. § 3 Abs. 5 und 7 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen, dass eine invasive Koronarangiografie (ICA) nur veranlasst oder durchgeführt werden soll
  - bei Verdacht auf Vorliegen einer stenosierenden KHK, deren Symptomatik trotz optimaler konservativer Therapie persistiert und bei der die Entscheidung für eine Revaskularisierung bereits getroffen wurde,
  - bei fehlender Auswertbarkeit der CCTA-Ergebnisse aufgrund der vorgefundenen Befundlage (zum Beispiel zu hoher Verkalkungsgrad) und vorliegenden Kontraindikationen für die Durchführung einer funktionellen Diagnostik
  - oder bei einer akuten klinischen kardialen Symptomverschlechterung, die auf das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms (AKS) hinweist.

Die Entscheidung zum weiteren Vorgehen insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden sollte nach Möglichkeit interdisziplinär mindestens unter Einbeziehung radiologischer und kardiologischer Fachexpertise erfolgen.

### 34283 Serienangiographie

192,35 €  
1552 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Serienangiographie der arteriellen Strombahn,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34283 sind in demselben Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01414, 01530, 01620 bis 01622, 02100, 33072, 33075, 34489, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 13, 24, 31, 32 und 36 sowie der Abschnitte 34.2, 34.3 und 34.4.1 bis 34.4.6 berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34283 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330,*

02331, 34280, 34281, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 und 34503 berechnungsfähig.

*Die Gebührenordnungsposition 34283 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410 und 34291 berechnungsfähig.*

34284 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße 121,70 €  
982 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Neben der Gebührenordnungsposition 34284 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34284 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34285 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34284 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34284 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34285 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße 59,12 €  
477 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Neben der Gebührenordnungsposition 34285 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34285 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34284 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34285 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34285 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*



- 34286 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) 275,26 €  
2221 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse),
  - Kontrastmitteleinbringung(en)
- Neben der Gebührenordnungsposition 34286 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34286 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34286 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34286 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*
- 34287 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Verwendung eines C-Bogens 15,49 €  
125 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Verwendung eines C-Bogens,
  - Anwendung eines mindestens 36 cm-Bildverstärkers
- Neben der Gebührenordnungsposition 34287 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*
- 34290 **Angiokardiographie** 174,00 €  
1404 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Angiokardiographie bei Patienten,
  - Kontrastmitteleinbringung(en),
  - Dokumentation,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Druckmessung(-en),  
einmal im Behandlungsfall

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34290 im Zusammenhang mit einer Leistung außerhalb Anhang 1 Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 34290 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34290 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34285, 34292 und 34298 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34290 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### 34291 **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie**

393,49 €

#### *Obligatorer Leistungsinhalt*

3175 Punkte

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
- Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Angiokardiographie (Nr. 34290),
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit),
- Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 34291 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34291 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01530, 01531, 02300 bis 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 34283 bis 34287 und 34290 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1, 34.3 und 34.4 berechnungsfähig.*

### 34292 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent), einmal im Behandlungsfall

470,83 €  
3799 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 34292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34292 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.*

<p><b>34293 Lymphographie</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrastmitteleinbringung(en),</li> <li>- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation, je Sitzung</li> </ul> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34293 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34297 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>	<p>84,28 €</p> <p>680 Punkte</p>
<p><b>34294 Phlebographie</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrastmitteleinbringung(en),</li> <li>- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation, je Extremität</li> </ul> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34294 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34296, 34297 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>	<p>43,75 €</p> <p>353 Punkte</p>
<p><b>34295 Zuschlag</b> zu der Gebührenordnungsposition 34294 für die computergestützte Analyse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34295 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>	<p>11,77 €</p> <p>95 Punkte</p>
<p><b>34296 Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phlebographie(n) des Brust- und/oder Bauchraumes,</li> <li>- Kontrastmitteleinbringung(en),</li> <li>- Computergestützte Analyse,</li> </ul> <p>je Sitzung</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 34296 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34294, 34297 und 34503 berechnungsfähig.</i></p>	<p>96,67 €</p> <p>780 Punkte</p>
<p><b>34297 Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen</b></p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p>	<p>111,91 €</p> <p>903 Punkte</p>

- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung(en) von Varikozelen,
- Kontrastmitteldarstellung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34297 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34293, 34294, 34296 und 34503 berechnungsfähig.*

**34298 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nr. 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 121,46 €  
980 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Medikamentöse Vasodilatation,
- Weitere Messungen,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 34298 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34298 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.*

### **34.3 Computertomographie**

1. Digitale Radiogramme zur Einstellung sind Bestandteil der computertomographischen Leistungen.
2. Bei Benennung von Begrenzungen anatomischer Strukturen und/oder der Anfertigung von Dünnschichten müssen die Schichten aneinandergrenzen.

#### **34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule**

**34310 CT-Untersuchung des Neurocraniums** 66,18 €  
534 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Neurocraniums,
- Anfertigung von Dünnschichten ( $\leq 5\text{mm}$ ) der hinteren Schädelgrube

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anfertigung weiterer Dünnschichten

*Die Gebührenordnungsposition 34310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

<b>34311 CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule</b>	82,04 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	662 Punkte
- Darstellung von mindestens 2 Segmenten,	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Darstellung weiterer Segmente, je Wirbelsäulenabschnitt	
<i>Die Gebührenordnungsposition 34311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	
<b>34312 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungsposition 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekalen Kontrastmittelgabe	48,83 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	394 Punkte
- Kontrastmitteleinbringung(en)	
<i>Die Gebührenordnungsposition 34312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	
<b>34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile</b>	
<b>34320 CT-Untersuchung des Gesichtsschädels</b>	80,56 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	650 Punkte
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 4mm)	
<i>Die Gebührenordnungsposition 34320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	
<b>34321 CT-Untersuchung der Schädelbasis</b>	69,53 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	561 Punkte
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 2mm)	
<i>Die Gebührenordnungsposition 34321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.</i>	
<b>34322 CT-Untersuchung der Halsweichteile</b>	83,90 €
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	677 Punkte

- Darstellung von HWK 1 bis HWK 7,
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 5 mm)

*Die Gebührenordnungsposition 34322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34422, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### 34.3.3 Thorax

#### 34330 CT-Untersuchung des Thorax

72,63 €

##### *Obligater Leistungsinhalt*

586 Punkte

- Darstellung des Mediastinums,
- Darstellung der Lungen,
- Darstellung der Pleura

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung knöcherner Strukturen des Thorax

*Die Gebührenordnungsposition 34330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### 34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

#### 34340 CT-Untersuchung des Oberbauches

72,01 €

##### *Obligater Leistungsinhalt*

581 Punkte

- Darstellung vom Zwerchfell bis einschließlich Nieren

*Die Gebührenordnungsposition 34340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34341, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### 34341 CT-Untersuchung des gesamten Abdomens

89,73 €

##### *Obligater Leistungsinhalt*

724 Punkte

- Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden

*Die Gebührenordnungsposition 34341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34341 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### 34342 CT-Untersuchung des Beckens

72,01 €

##### *Obligater Leistungsinhalt*

581 Punkte

- Darstellung vom Beckenkamm bis zum Beckenboden

*Die Gebührenordnungsposition 34342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34341, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34343 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln 53,42 €  
431 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),  
je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 34343 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34344, 34345, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34344 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien 57,75 €  
466 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Anfertigung von mindestens 2 vollständigen Kontrastmittel-Phasen

*Die Gebührenordnungsposition 34344 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34345, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34344 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34345 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342, 34350 und 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel 26,77 €  
216 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34345 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34344, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34345 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### 34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

**34350 CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten Extremitätenteile** 61,97 €  
500 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung
  - der Extremitäten und/oder
  - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten und/oder
  - von Teilen des Schultergürtels und/oder
  - des Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anfertigung von Dünnschichten

*Die Gebührenordnungsposition 34350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34350 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34351 CT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile** 61,97 €  
500 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Hand oder des Fußes und/oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzender Gelenke,
- Beidseitige Untersuchung

*Die Gebührenordnungsposition 34351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34351 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### **34.3.6 Bestrahlungsplanung CT**

**34360 CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie** 43,87 €  
354 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

*Die Gebührenordnungsposition 34360 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.*



*Die Gebührenordnungsposition 34360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34360 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### **34.3.7 Computertomographie-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß § 2 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL).

Liegt die Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) für das Vorliegen einer chronisch koronaren Herzkrankheit (KHK) zwischen 15 % und 50 %, soll gemäß § 3 Abs. 1 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL) die Abklärung durch eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) erfolgen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V.

#### **34370 CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL**

159,26 €  
1285 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Native computertomographische Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks,
- CT-Koronarangiographie mit Kontrastmitteleinbringung,
- EKG-getriggerte Bildakquisition,
- Befunderstellung gemäß § 3 Abs. 4 der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL sowie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Pharmakologische Maßnahmen zur Annäherung an eine Zielherzfrequenz von  $\leq 60$  Schlägen pro Minute während der Untersuchung,
- Infusion(en) (GOP 02100),
- Nachbeobachtung,

einmal im Krankheitsfall

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Dokumentation von Vortestwahrscheinlichkeit (Ergebnis und Art der Ermittlung) sowie von weiteren Befunden im Rahmen der Vordiagnostik z. B. Laborergebnisse(n) voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 setzt die Angabe der Vortestwahrscheinlichkeit voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 34370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34330 und 34343 bis 34345 berechnungsfähig.*

**34371 Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie gemäß der Gebührenordnungsposition 34370** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Teilnahme an einer interdisziplinären Fallkonferenz zur Entscheidung zum weiteren Vorgehen bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CT-Koronarangiographie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Teilnahme des überweisenden Arztes

*Die Gebührenordnungsposition 34371 ist nur bei Teilnahme mindestens eines Facharztes für Radiologie und eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34371 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 34371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672, 34800 und 34821 berechnungsfähig.*

#### **34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie**

1. Die MRT-Untersuchung beinhaltet die Durchführung von mindestens 4 Sequenzen. Dies gilt nicht für die Bestrahlungsplanung mittels MRT gemäß Abschnitt 34.4.6 und nicht für MRT-Angiographien des Abschnitts 34.4.7.
2. Topogramm und/oder mehrere Echos stellen keine gesonderten Sequenzen dar.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. MRT-Untersuchungen der Mamma außerhalb der Indikation nach der Nr. 34431, MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460.
5. Einstellungs- und Lokalisationssequenzen sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
6. MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße können nicht mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4 berechnet werden.
7. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 sind neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.

8. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.
9. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 können nur bei Nachweis einer klinischen Fragestellung gemäß § 7 Abs. 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erbracht werden.

#### 34.4.1 Neurocranium und Wirbelsäule

##### 34410 MRT-Untersuchung des Neurocraniums

130,50 €  
1053 Punkte

###### *Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Neurocraniums

###### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34410 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

##### 34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule

130,50 €  
1053 Punkte

###### *Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung mindestens des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK7/BWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1)

und/oder

- Darstellung in 2 Ebenen,

###### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung des Kreuzbeines,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

je Wirbelsäulenabschnitt

*Die Gebührenordnungsposition 34411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34411 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### 34.4.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

##### 34420 MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels

130,50 €  
1053 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34420 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34420 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34421 MRT-Untersuchung der Schädelbasis**

130,50 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1053 Punkte

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34421 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34422 MRT-Untersuchung der Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7**

130,50 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1053 Punkte

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34322 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34422 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34.4.3 Thorax****34430 MRT-Untersuchung des Thorax**

130,50 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1053 Punkte

- Darstellung in 2 Ebenen,
- Darstellung
  - des Mediastinums und/oder
  - der Lunge

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34430 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 34430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34430 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34431 MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V** 248,74 €  
2007 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdachtetes nicht klären konnte  
oder

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zur Primärtumorsuche bei axillärer(n) Lymphknotenmetastase(n), deren histologische Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels mammographischer und sonographischer Untersuchung dargestellt werden konnte,
- Native Darstellung,
- Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels,
- Mindestens 4 Untersuchungssequenzen,
- Dynamische Messungen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34452 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34431 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### **34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken**

**34440 MRT-Untersuchung des Oberbauches** 130,50 €  
1053 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Darstellung des Zwerchfells bis einschließlich Nieren

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34440 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34441, 34442 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34440 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34441 MRT-Untersuchung des Abdomens** 130,50 €  
1053 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Zwerchfells bis zum Beckenboden

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34441 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 34441 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34442 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34441 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34442 MRT-Untersuchung des Beckens** 130,50 €  
1053 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des gesamten Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34442 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 34442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34441 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34442 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### **34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke**

**34450 MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Gebührenordnungsposition 34451 abzurechnenden Extremitätenteile** 130,50 €  
1053 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung
  - der Extremitäten

und/oder

- der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach Gebührenordnungsposition 34451 genannten

und/oder

- von Teilen des Schultergürtels

und/oder

- des Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34450 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34450 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34451 MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile**

130,50 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1053 Punkte

- Darstellung der Hand oder des Fußes

und/oder

- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzende Gelenke,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34451 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34451 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34452 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

47,09 €

380 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten Leistung erfolgte mit Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34452 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34431 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34452 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

**34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT**

34460 **MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie** 83,90 €  
677 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34460 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34460 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1, 34.4.2, 34.4.3, 34.4.4 und 34.4.5 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34460 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

#### **34.4.7 MRT-Angiographien**

34470 **MRT-Angiographie der Hirngefäße** gemäß den 85,76 €  
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 692 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Hirngefäße

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der venösen Phase

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34470 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34470 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34470 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34475 **MRT-Angiographie der Halsgefäße** gemäß den 113,90 €  
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 919 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Halsgefäße

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der venösen Phase



*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 34475 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34475 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34475 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34480 **MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste (Truncus brachiocephalicus, A. subclavia, A. carotis communis, A. vertebralis)** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 113,90 €  
919 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der thorakalen Aorta

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34480 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34480 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34480 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34485 **MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 113,90 €  
919 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der abdominalen Aorta

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34485 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430,*

34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34485 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34485 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34486 **MRT-Angiographie von Venen** gemäß den 113,90 €  
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 919 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Venen von:
  - Kopf/Hals  
und/oder
  - des Thorax einschließlich der venae subclaviae  
und/oder
  - des Abdomens  
und/oder
  - des Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34486 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34486 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34486 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34489 **MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)** 228,29 €  
gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 1842 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34489 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430,*

34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34489 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34489 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34490 **MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien und einschließlic/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V** 113,90 €  
919 Punkte

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Darstellung der Arterien einer oberen Extremität und/oder Cimino-Shunt

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.*

*Neben der Gebührenordnungsposition 34490 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34490 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34490 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34492 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) 51,56 €  
416 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 34492 kann nur mit Begründung berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 34492 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34492 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

### 34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

1. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 ist nur berechnungsfähig, wenn sie von Ärzten erbracht wird, welche die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2

SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

2. Eine Überweisung nach Satz 1 kann nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen "G" nach ICD-10-GM) erfolgen.
3. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht für Interventionen in bzw. an (einer) Bandscheibe(n) (z. B. Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig. Diese Eingriffe sind über die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu berechnen.

**34500 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC**

83,28 €

*Obligator Leistungsinhalt*

672 Punkte

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 34500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

**34501 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent**

110,92 €

895 Punkte

*Obligator Leistungsinhalt*

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 34501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02344 berechnungsfähig.*

**34503 Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule**

82,66 €

*Obligator Leistungsinhalt*

667 Punkte

- Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule,
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrolle mittels Bildwandler,
- Infusion(en) (Nr. 02100),

- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 34503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02345, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34504 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2 berechnungsfähig.*

**34504 CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)** bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik 119,97 €  
968 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 34504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02331, 02340 bis 02344, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34503 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.*

**34505 CT-gesteuerte Intervention(en)** 119,97 €  
968 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und /oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),

- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

*Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nur berechnungsfähig bei Diagnostik/Behandlung einer der im Folgenden genannten Erkrankungen nach den ICD-10-GM Codes: Neubildungen C00-D48 sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D90.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34505 bei anderen als den genannten Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.*

*Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02345, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34503 und 34504 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.*

### **34.6 Osteodensitometrie**

#### **34600 Osteodensitometrische Untersuchung I**

33,21 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

268 Punkte

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
  - am Schenkelhals
  - und/oder
  - an der LWS

*Die Gebührenordnungsposition 34600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34601 berechnungsfähig.*

#### **34601 Osteodensitometrische Untersuchung II**

33,21 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

268 Punkte

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer

zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht

- am Schenkelhals  
und/oder
- an der LWS

*Die Gebührenordnungsposition 34601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34600 berechnungsfähig.*

### **34.7 Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
2. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (gilt nur für die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707), nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung, der Röntgenverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.
4. Die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
6. Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung für eine nach der jeweils gültigen Fachinformation für diese Indikation zugelassene nuklearmedizinische Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan berechnungsfähig.

**F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34700 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen

552,25 €  
4456 Punkte

34701 mit diagnostischer CT

700,60 €  
5653 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7, 8 und 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.*

*Die Gebührenordnungsposition 34701 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34700 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.*



**F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34702 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	441,82 € 3565 Punkte
34703 mit diagnostischer CT	560,55 € 4523 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7, 8 und 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.*

*Die Gebührenordnungsposition 34703 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34702 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.*

**F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34704 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	552,25 € 4456 Punkte
34705 mit diagnostischer CT	700,60 € 5653 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. 6 oder Nr. 9 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.*

*Die Gebührenordnungsposition 34705 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34704 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

**F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34706 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	441,82 € 3565 Punkte
34707 mit diagnostischer CT	560,55 € 4523 Punkte

*Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. 6 oder Nr. 9 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.*

*Die Gebührenordnungsposition 34707 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34706 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

**PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung von Schädelbasis bisproximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Krankheitsfall

34720 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	552,25 € 4456 Punkte
34721 mit diagnostischer CT	700,60 € 5653 Punkte

*Bis zum 30. Juni 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Ab dem 1. Juli 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erforderlich, die ausdrücklich das Verfahren PSMA-PET/CT umfasst.*

*Die Gebührenordnungsposition 34721 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.*

*Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34720 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.*

*Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34720 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34721 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34721 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34720 berechnungsfähig.*

### **34.8 Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Kommunikationsdienstes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einmalig nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition berechtigt sind, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen oder CT-Aufnahmen gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 bezieht.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei
  - Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist
  - oder
  - Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert.
4. Bei untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellungen, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet sind, kann ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden. Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert, kann ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
5. Die Durchführung von Leistungen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung gemäß der Anlage 31a zum BMV-Ä innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparategemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes ist nicht berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind für radiologische Befundbeurteilungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä erbracht werden, nicht berechnungsfähig.

**34800 Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den**

**11,28 €  
91 Punkte**

Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350, 34351 und 34370, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektronische Übermittlung aller für die Befundung relevanten Informationen (mindestens Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n), Erstbefund, Übermittlung der zum Telekonsil führenden Fragestellung, Einwilligung des Patienten gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 31a zum BMV-Ä),
- Übermittlung der berechneten Gebührenordnungsposition(en) für die Röntgenaufnahme(n) und/oder CT-Aufnahme(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt, einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 34800 im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur im Zeitraum von 4 Wochen nach Durchführung einer der genannten Grundleistungen des Abschnitts 34.2 bzw. 34.3 berechnungsfähig.*

*Die Beauftragung des Konsiliararztes ist gemäß Anlage 2b zum BMV-Ä vorzunehmen und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis zu versehen.*

*Für die Gebührenordnungsposition 34800 wird ein Punktzahlvolumen je Arztpraxis gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen je Arztpraxis beträgt 91 Punkte multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und der Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä mit mindestens einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350, 34351 und 34370.*

*Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34371 und 40104 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34800 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.*

- 34810 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 13,63 €  
110 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beurteilung von Röntgenaufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abstimmung mit dem Telekonsil einholenden Vertragsarzt, je Konsiliarauftrag

*Die Gebührenordnungsposition 34810 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34810 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34810 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.*

- 34820 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 34,21 €  
276 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung, je Konsiliarauftrag

*Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34820 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34820 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.*

34821 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344 und 34370, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 48,21 €  
389 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung, je Konsiliarauftrag

*Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34371 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34821 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34821 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.*

## 35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

### 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152 und 35173 bis 35178 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen des § 17 der Anlage



- 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
3. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting entsprechend den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 11 Abs. 12 der Psychotherapie-Vereinbarung berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
  4. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
  5. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 4 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35100	<b>Differentialdiagnostische Krankheitszustände</b>	<b>Klärung</b>	<b>psychosomatischer</b>	23,92 € 193 Punkte
-------	---	----------------	--------------------------	-----------------------

*Obligater Leistungsinhalt*

- Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Dauer mindestens 15 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

*Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35100 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35100.*

*Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35110 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.*

### 35110 **Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen**

23,92 €

#### *Obligater Leistungsinhalt*

193 Punkte

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion,
- Dauer mindestens 15 Minuten

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

*Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.*

*Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35110 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35110.*

*Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.*

35111 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Einzelbehandlung** 41,52 €  
335 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Einzelbehandlung

*Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapievereinbarung verfügen.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35111 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 35 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35111 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.*

*Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

35112 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Erwachsenen** 11,15 €  
90 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 50 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

*Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapievereinbarung verfügen.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35112 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 60 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35112 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 75 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.*

*Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35112 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35113 Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 30 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

*Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35113 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35113 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 55 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.*

*Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35112, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401,*

35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### 35120 Hypnose

25,41 €

*Obligater Leistungsinhalt*

205 Punkte

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,
- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Hypnose gemäß § 7 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35120 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35120 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### 35130 Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2

36,68 €

296 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35131 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

- 35131 Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie** 73,24 €  
591 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 35131 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35130 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35131 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 35140 Biographische Anamnese** 87,62 €  
707 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Erstellen der biographischen Anamnese,
  - Bestimmung des psychodynamischen, system- und ressourcenanalytischen oder verhaltensanalytischen Status,
  - Dauer mindestens 50 Minuten
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 35141 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration** 31,85 €  
257 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie,
  - Dauer mindestens 20 Minuten,
- je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35150 und 35141 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35141.*

*Die Gebührenordnungsposition 35141 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35142 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140** für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde

9,30 €  
75 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und/oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03350, 04351, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 22230, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35142 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35150 Probatorische Sitzung**

87,87 €  
709 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Probatorische Sitzung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35150 ist gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 4-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35150 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.*

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35141 und 35150 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35150.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### 35151 Psychotherapeutische Sprechstunde

58,50 €

#### *Obligater Leistungsinhalt*

472 Punkte

- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- psychotherapeutische Intervention,
- Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten,
- individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist gemäß § 11 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 6-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 kann im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis



14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142, 35150, 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

*Die Gebührenordnungsposition 35151 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### 35152 Psychotherapeutische Akutbehandlung

58,50 €  
472 Punkte

#### *Obligatorer Leistungsinhalt*

- Psychotherapeutische Akutbehandlung gemäß § 13 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- psychotherapeutische Intervention(en) zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmeständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

und/oder

- Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

je vollendete 25 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35152 ist höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) ist die Gebührenordnungsposition 35152 gemäß § 15 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung höchstens 30-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35152 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Dauer von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 35152 ist jeweils eine mindestens 25 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.*

*Die Gebührenordnungsposition 35152 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221,*

21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### **Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Probatorische Sitzung,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35163	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern	87,25 € 704 Punkte
35164	Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern	73,62 € 594 Punkte
35165	Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern	65,44 € 528 Punkte
35166	Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern	59,86 € 483 Punkte
35167	Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern	55,89 € 451 Punkte
35168	Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern	53,04 € 428 Punkte
35169	Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern	50,69 € 409 Punkte

*Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Krankheitsfall nur bis zur Höchstsitzungszahl gemäß § 12 Absatz 3 und 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151 und 35152 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### **Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung gemäß § 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Strukturierte Vermittlung und weitere Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie,
- Informationsvermittlung zu psychischen Störungen und Erarbeitung eines individuellen Krankheitsverständnisses sowie des individuellen Umgangs mit der Symptomatik,
- Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie im Gruppensetting,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte

35178 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35179 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind gemäß § 11a Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie höchstens 4-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen sind im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 höchstens 5-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.2 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **35.2 Antragspflichtige Leistungen**

1. Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 von mindestens 182.084 Punkten je Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten kein

voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.

3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 212.431 Punkten (hälfziger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 die Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkten bei hälftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 zu.
  1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der

- Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 - jedoch maximal 424.862 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang - und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
  5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2, der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151, der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 sowie der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gemäß den Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, den Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und der Gebührenordnungsposition 37500 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten zu berücksichtigen.
  6. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.1, die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718 und die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35571, 35572, 35573, 35591 und 35593 bis 35598 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen

des § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

7. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
8. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
9. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 8 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

### 35.2.1 Einzeltherapien

#### 35401 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

116,62 €  
941 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35401 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35402 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35402 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35402 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35405 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,



- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35405 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35405 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35405 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35405 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35411 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35411 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35411 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35412 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)**

116,62 €

*Obligater Leistungsinhalt*

941 Punkte

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35412 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35412 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35412 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35415 Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)**

116,62 €

*Obligater Leistungsinhalt*

941 Punkte

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35415 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis*

14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 35415 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35415 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

**35421 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35421 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35422 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachszitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35422 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35425 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)**

116,62 €

*Obligater Leistungsinhalt*

941 Punkte

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachszitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35425 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35425 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35425 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35431 Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35431 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35431 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.*

*Die Gebührenordnungsposition 35431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35431 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35432 Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35432 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35432 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.*

*Die Gebührenordnungsposition 35432 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35432 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35432 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

**35435 Systemische Therapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)**

116,62 €  
941 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35435 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35435 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.*

*Die Gebührenordnungsposition 35435 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis*

14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### 35.2.2 Gruppentherapien

#### Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Kurzzeittherapie)

##### Obligatorer Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35503	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35504	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35505	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35506	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35507	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35508	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35509	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die*

*Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
  - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
  - Gruppenbehandlung,
  - Dauer mindestens 100 Minuten,
  - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35513 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35514 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35515 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35516 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35517 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35518 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35519 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen*



*Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)**

#### *Obigater Leistungsinhalt*

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35523	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35524	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35525	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35526	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35527	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35528	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35529	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Langzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35533	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35534	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35535	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35536	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35537	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35538	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35539	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

### **Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35543	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35544	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35545	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte
35546	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35547	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35548	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 €

	568 Punkte
35549 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 €
	543 Punkte

*Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
  - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
  - Gruppenbehandlung,
  - Dauer mindestens 100 Minuten,
  - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35553 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 €
	935 Punkte
35554 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 €
	788 Punkte
35555 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 €
	700 Punkte
35556 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 €
	641 Punkte
35557 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 €
	598 Punkte
35558 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 €
	568 Punkte

35559 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern

67,30 €  
543 Punkte

*Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Kurzzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35703 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern

115,88 €  
935 Punkte

35704 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern

97,66 €  
788 Punkte

35705 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern

86,75 €  
700 Punkte

35706 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern

79,44 €  
641 Punkte

35707 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35708 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35709 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie)**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Therapie,
  - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
  - Gruppenbehandlung,
  - Dauer mindestens 100 Minuten,
  - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35713 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	115,88 € 935 Punkte
35714 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	97,66 € 788 Punkte
35715 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	86,75 € 700 Punkte

35716 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	79,44 € 641 Punkte
35717 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	74,11 € 598 Punkte
35718 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	70,39 € 568 Punkte
35719 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	67,30 € 543 Punkte

*Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*

### **35.2.3 Zuschläge**

#### **35.2.3.1 Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2**

<b>35571 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30932 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2</b>	23,05 € 186 Punkte
---	-----------------------

*Die Gebührenordnungsposition 35571 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

*Die Gebührenordnungsposition 35571 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

<b>35572 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30933, 35173 bis 35179 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2</b>	9,54 € 77 Punkte
---	---------------------

*Sofern die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35543 bis 35549, 35553 bis 35559, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 für eine Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnet werden, ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 35572 ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.*

*Die Gebührenordnungsposition 35572 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

*Die Gebührenordnungsposition 35572 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

**35573 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 37500** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 11,77 €  
95 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 35573 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.*

*Die Gebührenordnungsposition 35573 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

### **35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie**

1. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die für die Mindestsprechstundenanzahl gemäß § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV zur Verfügung stehen.
2. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie berechnungsfähig.

**35591 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432,** 17,47 €  
141 Punkte  
höchstens 10-mal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 35591 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

**35593 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35503, 35523, 35543 und 35703,** 17,35 €  
140 Punkte  
höchstens 10-mal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 35593 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*

**35594 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35504, 35524, 35544 und 35704,** 14,62 €  
118 Punkte  
höchstens 10-mal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 35594 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.*



<p><b>35595 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35505, 35525, 35545 und 35705,</b> höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35595 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p>	<p>13,01 € 105 Punkte</p>
<p><b>35596 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35506, 35526, 35546 und 35706,</b> höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35596 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p>	<p>11,90 € 96 Punkte</p>
<p><b>35597 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35507, 35527, 35547 und 35707,</b> höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35597 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p>	<p>11,15 € 90 Punkte</p>
<p><b>35598 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35508, 35528, 35548 und 35708,</b> höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35598 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p>	<p>10,53 € 85 Punkte</p>
<p><b>35599 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35509, 35529, 35549 und 35709,</b> höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35599 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p>	<p>10,04 € 81 Punkte</p>

### **35.3 Psychodiagnostische Testverfahren**

1. Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall
  - für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten,
  - für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten
 berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungsposition 35600 und bei Erwachsenen die Gebührenordnungsposition 35601 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung

vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

**35600 Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren**

4,21 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

34 Punkte

- Anwendung standardisierter Testverfahren
  - Fragebogentest und/oder
  - Orientierender Test,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35600 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.*

*Die Gebührenordnungsposition 35600 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.*

**35601 Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren**

4,83 €

*Obligatorer Leistungsinhalt*

39 Punkte

- Anwendung psychometrischer Testverfahren
  - Funktionstest und/oder
  - Entwicklungstest und/oder
  - Intelligenztest,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35601 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.*

*Die Gebührenordnungsposition 35601 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.*

#### **35602 Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren**

6,94 €

56 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35602 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 35602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.*

## **36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich**

## 36.1 Präambel

1. Belegärztliche Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt:
  - Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die belegärztliche Operation vorzubereiten. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet.
  - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt 36.2 bzw. 36.5)
  - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt 36.3).
  - Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexeleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
  - Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
2. Belegärztlich-konservativer Bereich
  - Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.
  - Die Gebührenordnungspositionen 36861 und 36867 sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden.

## 36.2 Belegärztliche Operationen

### 36.2.1 Präambel

1. Als belegärztliche Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs, sofern die OPS-Kodes des Anhangs 2 nichts anderes vorsehen.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit

den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat. Insbesondere sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend des Vertrages nach § 115b SGB V, die Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie § 137 SGB V zu beachten.

3. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 36.2 ist nicht gebietsspezifisch. Nur die im Anhang 2 aufgeführten belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350, 06351 und 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.
4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01412, 01414, 01431, 01437, 01442, 01444, 01450, 01500 bis 01503, 01522, 01546, 01549, 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640 bis 01642, 01647, 01648, 01650, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01700 bis 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01760, 01761, 01764, 01765, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 01966, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02314, 02325 bis 02328, 03008, 03010, 04008, 04010, 04434, 05227, 05228, 06227, 06228, 06362, 07227, 07228, 08227, 08228, 08641 bis 08643, 08645, 09227, 09228, 10227, 10228, 11228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 16310, 17228, 18227, 18228, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26227, 26228, 26310, 26311, 26320 bis 26325, 27227, 27228, 30701, 37400, 37700, 37701, 37704 bis 37706, 37710, 37711, 37714 und 37720, die arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35 und 40 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 30.8, 36.3, 36.5.2, 36.5.3, 37.5 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

5. Die Gebührenordnungspositionen 26310, 26311 und 26320 bis 26325 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 in derselben Sitzung berechnungsfähig.
6. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.
7. Während eines stationären Aufenthaltes können keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5 berechnet werden.
8. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 umfassen sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten ärztlichen Leistungen: Untersuchungen, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) und Beratung. Zusätzlich umfassen die Leistungen den Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

### 36.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

1. Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.
2. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36096, 36097 und 36098 gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III.

**36096 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 473,68 €  
3822 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 36096 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

**36097 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 510,36 €  
4118 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie AA7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 36097 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36098 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36096 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 36097** 46,72 €  
377 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 36098 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*
- 36101 Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A1 53,42 €  
431 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36101 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*
- 36102 Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A2 98,28 €  
793 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A2 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36102 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36103 Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A3 158,39 €  
1278 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A3 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36103 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36104 Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A4 248,12 €  
2002 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A4  
entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36104 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36105 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A5 393,74 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 3177 Punkte
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A5  
entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36105 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36106 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A6 540,85 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 4364 Punkte
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A6  
entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36106 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*
- 36107 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A7 644,58 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 5201 Punkte
- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A7  
entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36107 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36108 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36106 bei  
Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36107 48,71 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 393 Punkte
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder  
den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 36108 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1 Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*
- 36111 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B1 58,99 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 476 Punkte



- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1  
entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36111 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502  
berechnet werden.*
  
- 36112 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B2 110,43 €  
891 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2  
entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36112 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503  
berechnet werden.*
  
- 36113 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B3 188,13 €  
1518 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3  
entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36113 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504  
berechnet werden.*
  
- 36114 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B4 300,17 €  
2422 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4  
entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36114 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504  
berechnet werden.*
  
- 36115 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B5 457,19 €  
3689 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5  
entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36115 kann für die  
postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505  
berechnet werden.*
  
- 36116 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B6 661,56 €  
5338 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6  
entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36116 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

36117 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B7 794,54 €  
6411 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36117 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

36118 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36116 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 36117 71,14 €  
574 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36118 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### 36.2.3 Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie

1. Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum' (OPS:5-401.c)** die Vergütung durch Anrechnung der Gebührenordnungsposition 36121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 36128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch OP-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

36121 **Eingriff** der Kategorie C1 59,49 €  
480 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36121 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*

*Im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.*

36122	<b>Eingriff</b> der Kategorie C2 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36122 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i>	110,80 € 894 Punkte
36123	<b>Eingriff</b> der Kategorie C3 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36123 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	183,42 € 1480 Punkte
36124	<b>Eingriff</b> der Kategorie C4 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36124 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	290,25 € 2342 Punkte
36125	<b>Eingriff</b> der Kategorie C5 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36125 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	409,11 € 3301 Punkte
36126	<b>Eingriff</b> der Kategorie C6 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36126 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	564,89 € 4558 Punkte
36127	<b>Eingriff</b> der Kategorie C7 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7 entsprechend Anhang 2	803,46 € 6483 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36127 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

36128 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127 60,60 €  
489 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36128 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### 36.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk"** (OPS: 5-829.1) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-820.\* und 5-821.\* auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Operative Eingriffe an Knochen und Gelenken zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese entsprechend den OPS-Kodes 5-78a.00, 5-78a.01, 5-78a.02, 5-78a.03, 5-78a.04, 5-78a.05, 5-78a.06, 5-78a.07, 5-78a.08, 5-78a.09, 5-78a.0a, 5-78a.0b, 5-78a.0c, 5-78a.0d, 5-78a.0e, 5-78a.0f, 5-78a.0g, 5-78a.0h, 5-78a.0j, 5-78a.0k, 5-78a.0m, 5-78a.0n, 5-78a.0p, 5-78a.0q, 5-78a.0r, 5-78a.0s, 5-78a.0t, 5-78a.0u, 5-78a.0v, 5-78a.0w, 5-78a.0z, 5-78a.10, 5-78a.11, 5-78a.12, 5-78a.13, 5-78a.14, 5-78a.15, 5-78a.16, 5-78a.17, 5-78a.18, 5-78a.19, 5-78a.1a, 5-78a.1b, 5-78a.1c, 5-78a.1d, 5-78a.1e, 5-78a.1f, 5-78a.1g, 5-78a.1h, 5-78a.1j, 5-78a.1k, 5-78a.1m, 5-78a.1n, 5-78a.1p, 5-78a.1q, 5-78a.1r, 5-78a.1s, 5-78a.1t, 5-78a.1u, 5-78a.1v, 5-78a.1w, 5-78a.1z, 5-78a.20, 5-78a.21, 5-78a.22, 5-78a.23, 5-78a.24, 5-78a.25, 5-78a.26, 5-78a.27, 5-78a.28, 5-78a.29, 5-78a.2a, 5-78a.2b, 5-78a.2c, 5-78a.2d, 5-78a.2f, 5-78a.2g, 5-78a.2h, 5-78a.2j, 5-78a.2k, 5-78a.2m, 5-78a.2n, 5-78a.2p, 5-78a.2q, 5-78a.2r, 5-78a.2s, 5-78a.2t, 5-78a.2u, 5-78a.2v, 5-78a.2w, 5-78a.2z, 5-78a.31, 5-78a.33, 5-78a.3e, 5-78a.3f, 5-78a.3h, 5-78a.3k, 5-78a.3n, 5-78a.4e, 5-78a.4f, 5-78a.4h, 5-78a.4k, 5-78a.54, 5-78a.57, 5-78a.59, 5-78a.5n, 5-78a.5p, 5-78a.5r, 5-78a.61, 5-78a.62, 5-78a.63, 5-78a.64, 5-78a.65, 5-78a.66, 5-78a.67, 5-78a.68, 5-78a.69, 5-78a.6e, 5-78a.6f, 5-78a.6g, 5-78a.6h, 5-78a.6k, 5-78a.6m, 5-78a.6n, 5-78a.6p, 5-78a.6q, 5-78a.6r, 5-78a.72, 5-78a.75, 5-78a.78, 5-78a.7b, 5-78a.7g, 5-78a.7m, 5-78a.7q, 5-78a.7v, 5-78a.80, 5-78a.81, 5-78a.82, 5-78a.83, 5-78a.84, 5-78a.85, 5-78a.86, 5-78a.87, 5-78a.88, 5-78a.89, 5-78a.8a, 5-78a.8b, 5-78a.8c, 5-78a.8d, 5-78a.8f, 5-78a.8g, 5-78a.8h, 5-78a.8k, 5-78a.8m, 5-78a.8n, 5-78a.8p, 5-78a.8q, 5-78a.8r, 5-78a.8s, 5-78a.8t,

5-78a.8u, 5-78a.8v, 5-78a.8w, 5-78a.90, 5-78a.91, 5-78a.92, 5-78a.93, 5-78a.94, 5-78a.95, 5-78a.96, 5-78a.97, 5-78a.98, 5-78a.99, 5-78a.9a, 5-78a.9b, 5-78a.9c, 5-78a.9d, 5-78a.9e, 5-78a.9f, 5-78a.9g, 5-78a.9h, 5-78a.9j, 5-78a.9k, 5-78a.9m, 5-78a.9n, 5-78a.9p, 5-78a.9q, 5-78a.9r, 5-78a.9s, 5-78a.9t, 5-78a.9u, 5-78a.9v, 5-78a.9w, 5-78a.9z, 5-78a.c1, 5-78a.c2, 5-78a.c3, 5-78a.c4, 5-78a.c5, 5-78a.c6, 5-78a.c7, 5-78a.c8, 5-78a.c9, 5-78a.ce, 5-78a.cf, 5-78a.cg, 5-78a.ch, 5-78a.ck, 5-78a.cm, 5-78a.cn, 5-78a.cp, 5-78a.cq, 5-78a.cr, 5-78a.e0, 5-78a.ea, 5-78a.eb, 5-78a.ec, 5-78a.ef, 5-78a.eh, 5-78a.ej, 5-78a.ek, 5-78a.en, 5-78a.ep, 5-78a.er, 5-78a.es, 5-78a.et, 5-78a.eu, 5-78a.ev, 5-78a.ew, 5-78a.ez, 5-78a.g0, 5-78a.g1, 5-78a.g2, 5-78a.g3, 5-78a.g4, 5-78a.g5, 5-78a.g6, 5-78a.g7, 5-78a.g8, 5-78a.g9, 5-78a.ga, 5-78a.gb, 5-78a.gc, 5-78a.ge, 5-78a.gf, 5-78a.gg, 5-78a.gh, 5-78a.gk, 5-78a.gm, 5-78a.gn, 5-78a.gp, 5-78a.gq, 5-78a.gr, 5-78a.gu, 5-78a.gv, 5-78a.gw, 5-78a.k0, 5-78a.k1, 5-78a.k2, 5-78a.k5, 5-78a.k6, 5-78a.k7, 5-78a.k8, 5-78a.k9, 5-78a.ka, 5-78a.kb, 5-78a.kc, 5-78a.kg, 5-78a.kh, 5-78a.kk, 5-78a.km, 5-78a.kn, 5-78a.kq, 5-78a.ks, 5-78a.kt, 5-78a.ku, 5-78a.kv, 5-78a.kw, 5-78a.kz, 5-78a.m1, 5-78a.m4, 5-78a.m5, 5-78a.m6, 5-78a.m7, 5-78a.m8, 5-78a.m9, 5-78a.ma, 5-78a.md, 5-78a.mf, 5-78a.mh, 5-78a.mm, 5-78a.mt, 5-78a.mu, 5-78a.n1, 5-78a.n3, 5-78a.n4, 5-78a.n6, 5-78a.n7, 5-78a.n9, 5-78a.nf, 5-78a.nh, 5-78a.nk, 5-78a.nn, 5-78a.np, 5-78a.nr sind nur berechnungsfähig sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat.

Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist nicht gesondert berechnungsfähig.

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <p><b>36131 Eingriff an Knochen und Gelenken</b> der Kategorie D1<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D1 entsprechend Anhang 2<br/><br/> <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36131 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.</i></p> | <p>69,53 €<br/>561 Punkte</p>   |
| <p><b>36132 Eingriff an Knochen und Gelenken</b> der Kategorie D2<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D2 entsprechend Anhang 2<br/><br/> <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36132 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i></p> | <p>138,19 €<br/>1115 Punkte</p> |
| <p><b>36133 Eingriff an Knochen und Gelenken</b> der Kategorie D3<br/> <i>Obligator Leistungsinhalt</i><br/> - Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D3 entsprechend Anhang 2</p>  | <p>218,99 €<br/>1767 Punkte</p> |

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36133 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*

- 36134 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D4 336,60 €  
2716 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D4 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36134 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36135 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D5 565,14 €  
4560 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D5 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36135 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36136 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D6 722,91 €  
5833 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D6 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36136 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*
- 36137 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D7 904,84 €  
7301 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D7 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36137 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36138 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36136 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36137 67,05 €  
541 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36138 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### **36.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)**

1. Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.
2. Die Gebührenordnungspositionen 36142 bis 36145 sind für therapeutische arthroskopische Eingriffe, die primär aufgrund der Diagnose Gonarthrose durchgeführt wurden, gemäß Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht berechnungsfähig. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation erfolgen, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, sofern die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben zudem diejenigen arthroskopischen Eingriffe, die im Rahmen der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) gemäß Nr. 38 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden. Die Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.
3. Arthroskopische Operationen zur Knochentransplantation und -transposition entsprechend den OPS-Kodes 5-784.c0, 5-784.c2, 5-784.c5, 5-784.c8, 5-784.ca bis 5-784.cd, 5-784.cg, 5-784.cm, 5-784.cq, 5-784.ct bis 5-784.cw, 5-784.d0, 5-784.d2, 5-784.d5, 5-784.d8, 5-784.da bis 5-784.dd, 5-784.dg, 5-784.dm, 5-784.dq, 5-784.dt bis 5-784.dw, 5-784.e0, 5-784.e2, 5-784.e5, 5-784.e8, 5-784.ea bis 5-784.ed, 5-784.eg, 5-784.em, 5-784.eq, 5-784.et bis 5-784.ew, 5-784.f0, 5-784.f2, 5-784.f5, 5-784.f8, 5-784.fa bis 5-784.fd, 5-784.fg, 5-784.fm, 5-784.fq und 5-784.ft bis 5-784.fw beinhalten die Leistung der geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese. Die Entnahme von Spongiosa und/oder kortikospongiösen Spänen ist gesondert berechnungsfähig.

**36141 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1**

90,72 €

*Obligator Leistungsinhalt*

732 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E1 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36141 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*

- 36142 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E2 141,90 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1145 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36142 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36143 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E3 214,65 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1732 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E3 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36143 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36144 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E4 346,77 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2798 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E4 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36144 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36145 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E5 506,77 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 4089 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E5 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36145 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36146 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E6 679,90 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 5486 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36146 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*
- 36147 **Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie)** der Kategorie E7 755,87 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 6099 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E7 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36147 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*



36148 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36146 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36147 72,25 €  
583 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36148 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

**36.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe**

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: "**Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation**" (OPS: 5-069.4) im Zusammenhang mit der Leistung 5-061.0 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.
3. Bei proktologischen Eingriffen entsprechend der OPS-Kodes 5-492.00, 5-492.01 und 5-492.02 ist der histologische Befund vorzuhalten.
4. Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.
5. Visceralchirurgische Eingriffe entsprechend dem OPS-Kode 5-431.30 sind nur bei Vorliegen eines Buried-Bumper-Syndroms berechnungsfähig.

36151 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F1 64,82 €  
523 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36151 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

36152 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F2 121,08 €  
977 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36152 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

36153 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F3 191,60 €

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1546 Punkte
	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36153 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36154	<b>Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie F4	282,82 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2282 Punkte
	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36155	<b>Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie F5	404,89 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3267 Punkte
	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36155 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	
36156	<b>Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie F6	616,45 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4974 Punkte
	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36156 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36157	<b>Visceralchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie F7	783,39 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	6321 Punkte
	- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36157 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36158	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36156 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36157	65,44 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	528 Punkte
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,	

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll der den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36158 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

- 36161 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G1 64,32 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 519 Punkte
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36161 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36162 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G2 102,99 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 831 Punkte
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36162 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36163 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G3 201,89 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1629 Punkte
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36163 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36164 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G4 313,55 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2530 Punkte
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36164 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36165 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G5 441,33 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 3561 Punkte
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36165 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

- 36166 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G6 689,07 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 5560 Punkte  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36166 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36167 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G7 805,45 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 6499 Punkte  
- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36167 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36168 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36166 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36167 75,85 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 612 Punkte  
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 36168 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*
- 36171 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H1 69,28 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 559 Punkte  
- Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36171 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36172 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H2 106,34 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 858 Punkte  
- Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36172 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

36173	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H3 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36173 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	162,97 € 1315 Punkte
36174	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H4 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36174 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	248,24 € 2003 Punkte
36175	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H5 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36175 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	368,46 € 2973 Punkte
36176	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H6 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Proktologischer Eingriff der Kategorie H6 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36176 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	553,86 € 4469 Punkte
36177	<b>Proktologischer Eingriff</b> der Kategorie H7 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Proktologischer Eingriff der Kategorie H7 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36177 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	789,71 € 6372 Punkte
36178	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36176 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36177 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	75,35 € 608 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 36178 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### **36.2.7 Definierte operative Eingriffe der Thorax- und Gefäßchirurgie**

<p><b>36191 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J1  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36191 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i></p>	<p>94,31 € 761 Punkte</p>
<p><b>36192 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J2  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36192 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i></p>	<p>164,83 € 1330 Punkte</p>
<p><b>36193 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J3  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3 entsprechend Anhang 2</p>	<p>235,85 € 1903 Punkte</p>
<p><b>36194 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J4  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4 entsprechend Anhang 2</p>	<p>343,17 € 2769 Punkte</p>
<p><b>36195 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J5  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5 entsprechend Anhang 2</p>	<p>525,73 € 4242 Punkte</p>
<p><b>36196 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J6  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 entsprechend Anhang 2</p>	<p>697,75 € 5630 Punkte</p>
<p><b>36197 Thoraxchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie J7  <i>Obligater Leistungsinhalt</i>  - Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7 entsprechend Anhang 2</p>	<p>863,32 € 6966 Punkte</p>
<p><b>36198 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36196 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36197  <i>Obligater Leistungsinhalt</i></p>	<p>80,56 € 650 Punkte</p>

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36198 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

- 36201 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K1 73,12 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 590 Punkte
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36201 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 
- 36202 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K2 116,25 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 938 Punkte
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36202 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 
- 36203 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K3 171,77 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1386 Punkte
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36203 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 
- 36204 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K4 281,45 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2271 Punkte
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4 entsprechend Anhang 2
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36204 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 
- 36205 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K5 416,17 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 3358 Punkte
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36205 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

- 36206 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K6 627,73 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 5065 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36206 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36207 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K7 795,90 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 6422 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36207 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36208 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36206 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36207 56,27 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 454 Punkte  
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 36208 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*
- 36211 Eingriff** der Kategorie L1 82,42 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 665 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36211 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36212 Eingriff** der Kategorie L2 126,78 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 1023 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36212 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*



36213	<b>Eingriff</b> der Kategorie L3 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36213 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	182,31 € 1471 Punkte
36214	<b>Eingriff</b> der Kategorie L4 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36214 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	271,17 € 2188 Punkte
36215	<b>Eingriff</b> der Kategorie L5 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36215 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	448,27 € 3617 Punkte
36216	<b>Eingriff</b> der Kategorie L6 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L6 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36216 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	597,86 € 4824 Punkte
36217	<b>Eingriff</b> der Kategorie L7 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie L7 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36217 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	709,89 € 5728 Punkte
36218	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36217 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	56,27 € 454 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 36218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

### **36.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

1. Die Extraktion von bis zu vier einwurzeligen Zähnen oder bis zu zwei mehrwurzeligen Zähnen oder von einem mehrwurzeligen und bis zu vier einwurzeligen Zähnen muss nach den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15324 berechnet werden.

36221	<b>Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M1 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie M1 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36221 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.</i>	52,42 € 423 Punkte
36222	<b>Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M2 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie M2 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36222 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i>	94,31 € 761 Punkte
36223	<b>Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M3 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie M3 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36223 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	159,26 € 1285 Punkte
36224	<b>Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M4 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie M4 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36224 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	251,59 € 2030 Punkte
36225	<b>Eingriff der MKG-Chirurgie</b> der Kategorie M5 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie M5 entsprechend Anhang 2	357,18 € 2882 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36225 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*

**36226 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M6 532,67 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 4298 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M6 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36226 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

**36227 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M7 604,18 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 4875 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M7 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36227 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

**36228 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36226 bei 47,71 €  
 Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 36227 385 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
 - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36228 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### **36.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie**

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung "**Plastische Korrektur absteher Ohren: Concharotation**" (OPS: 5-184.3) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-184.0, 5-184.1 und 5-184.2 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.

**36231 Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N1 59,24 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 478 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N1 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36231 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*

**36232 Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N2 103,36 €

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	834 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36232 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i>	
	<i>Abweichend davon kann im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36232 in Verbindung mit dem OPS-Kode 5-281.5 für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	
36233	<b>Eingriffe der HNO-Chirurgie</b> der Kategorie N3	165,33 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1334 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36233 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	
36234	<b>Eingriffe der HNO-Chirurgie</b> der Kategorie N4	261,25 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2108 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36234 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	
36235	<b>Eingriffe der HNO-Chirurgie</b> der Kategorie N5	390,64 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3152 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36235 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36236	<b>Eingriffe der HNO-Chirurgie</b> der Kategorie N6	532,17 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4294 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36236 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	
36237	<b>Eingriffe der HNO-Chirurgie</b> der Kategorie N7	701,84 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5663 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36237 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	

36238 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36236 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36237 53,91 €  
435 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36238 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

**36.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie**

1. Eingriffe, die nach den OPS-Kodes **5-010.00 bis 5-010.14** sowie **5-030.40 bis 5-032.42** kodiert werden, sind nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

36241 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O1 59,98 €  
484 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O1 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36241 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*

36242 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O2 103,61 €  
836 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O2 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36242 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

36243 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O3 163,47 €  
1319 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O3 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36243 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*

36244 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O4 279,84 €  
2258 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O4 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36244 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*

36245	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O5 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie O5 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36245 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	410,10 € 3309 Punkte
36246	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O6 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie O6 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36246 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	553,86 € 4469 Punkte
36247	<b>Peripherer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie O7 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie O7 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36247 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	660,32 € 5328 Punkte
36248	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36246 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36247 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit <i>Die Gebührenordnungsposition 36248 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.</i>	56,27 € 454 Punkte
36251	<b>Zentraler neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie P1 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P1 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36251 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	84,77 € 684 Punkte
36252	<b>Zentraler neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie P2 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie P2 entsprechend Anhang 2	154,79 € 1249 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36252 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*

- 36253 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P3 214,90 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1734 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P3 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36253 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36254 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P4 315,91 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2549 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P4 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36254 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36255 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P5 446,91 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 3606 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P5 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36255 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36256 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P6 610,00 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 4922 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36256 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*
- 36257 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P7 726,38 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 5861 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P7 entsprechend Anhang 2
- 36258 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36256 bei Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 36257 66,68 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 538 Punkte  
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36258 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

36261	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP1 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP1 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36261 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	169,17 € 1365 Punkte
36262	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP2 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP2 entsprechend Anhang 2 <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36262 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	215,15 € 1736 Punkte
36263	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP3 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP3 entsprechend Anhang 2	286,29 € 2310 Punkte
36264	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP4 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP4 entsprechend Anhang 2	402,79 € 3250 Punkte
36265	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP5 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP5 entsprechend Anhang 2	534,16 € 4310 Punkte
36266	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP6 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP6 entsprechend Anhang 2	688,83 € 5558 Punkte
36267	<b>Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff</b> der Kategorie PP7 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP7 entsprechend Anhang 2	805,82 € 6502 Punkte
36268	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36266 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36267 <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,	66,18 € 534 Punkte



- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36268 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### **36.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem**

Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation des Mannes ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation des Mannes erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01854.

36271	<b>Urologischer Eingriff</b> der Kategorie Q1 <i>Obligator Leistungsinhalt</i>	61,22 € 494 Punkte
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q1 entsprechend Anhang 2</li></ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36271 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.</i></p>	
36272	<b>Urologischer Eingriff</b> der Kategorie Q2 <i>Obligator Leistungsinhalt</i>	108,07 € 872 Punkte
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q2 entsprechend Anhang 2</li></ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36272 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i></p>	
36273	<b>Urologischer Eingriff</b> der Kategorie Q3 <i>Obligator Leistungsinhalt</i>	195,07 € 1574 Punkte
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q3 entsprechend Anhang 2</li></ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36273 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i></p>	
36274	<b>Urologischer Eingriff</b> der Kategorie Q4 <i>Obligator Leistungsinhalt</i>	315,04 € 2542 Punkte
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q4 entsprechend Anhang 2</li></ul> <p><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36274 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i></p>	
36275	<b>Urologischer Eingriff</b> der Kategorie Q5 <i>Obligator Leistungsinhalt</i>	494,12 € 3987 Punkte
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q5 entsprechend Anhang 2</li></ul>	

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36275 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

- 36276 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q6 716,21 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 5779 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36276 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36277 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q7 844,11 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 6811 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q7 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36277 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*
- 36278 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36276 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36277 80,19 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 647 Punkte  
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  
je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Die Gebührenordnungsposition 36278 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*
- 36281 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R1 70,02 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 565 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R1 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36281 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*
- 36282 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R2 110,55 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 892 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36282 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36283 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R3 167,56 €

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1352 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36283 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36284	<b>Endoskopischer urologischer Eingriff</b> der Kategorie R4	256,30 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2068 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36284 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36285	<b>Endoskopischer urologischer Eingriff</b> der Kategorie R5	451,00 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3639 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36285 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	
36286	<b>Endoskopischer urologischer Eingriff</b> der Kategorie R6	702,95 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5672 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36286 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36287	<b>Endoskopischer urologischer Eingriff</b> der Kategorie R7	825,03 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	6657 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36287 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36288	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36286 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36287	55,15 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	445 Punkte
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,	
	- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,	
	je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	

*Die Gebührenordnungsposition 36288 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

- 36289 Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3** 264,72 €  
Obligater Leistungsinhalt 2136 Punkte
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RW3 entsprechend Anhang 2 mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36289 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36289 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) voraus.*
- 36290 Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 36289 57,51 €  
Obligater Leistungsinhalt 464 Punkte
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36290 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) voraus.*
- Die Gebührenordnungsposition 36290 ist je Eingriff höchstens dreimal berechnungsfähig.*
- 36291 (Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der 70,02 €  
Kategorie RR1 565 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR1 entsprechend Anhang 2,
  - Durchleuchtung,
  - Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36291 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36291 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 36292 (Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der 137,57 €  
Kategorie RR2 1110 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR2 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36292 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36292 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36293 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR3 204,49 €  
1650 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR3 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36293 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36293 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36294 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR4 320,99 €  
2590 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR4 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36294 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36294 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36295 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR5 451,24 €  
3641 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR5 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36295 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36295 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36296 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR6 665,90 €  
5373 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR6 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36296 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36296 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36297 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR7 725,01 €  
5850 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR7 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36297 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36297 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

36298 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36296 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36297 63,70 €  
514 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36298 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

### **36.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie**

1. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation der Frau ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation der Frau erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01855.

2. Die Leistung: "**Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation**" (OPS: 5-681.53) gemäß Nr. 39 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Kategorie TT2 beinhaltet die Durchführung einer diagnostischen Hysteroskopie in derselben Sitzung. Diese ist über die zusätzliche Angabe "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) zu dokumentieren.

Bei Durchführung der Leistung: "**Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation**" (OPS: 5-681.53) ohne "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) in derselben Sitzung sind folgende Abschlüsse vorzunehmen.

GOP	Abschlag in Punkten
36319	710
36503	29
36822	232

- 36301 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S1 53,66 €  
433 Punkte  
*Obligator Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S1 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36301 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*
- 36302 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S2 90,97 €  
734 Punkte  
*Obligator Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36302 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36303 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S3 164,71 €  
1329 Punkte  
*Obligator Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S3 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36303 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36304 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S4 235,72 €  
1902 Punkte  
*Obligator Leistungsinhalt*  
 - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S4 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36304 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*

<p><b>36305 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S5  <b>Obligator Leistungsinhalt</b>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S5 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36305 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i></p>	<p>346,40 €  2795 Punkte</p>
<p><b>36306 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S6  <b>Obligator Leistungsinhalt</b>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S6 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36306 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i></p>	<p>469,09 €  3785 Punkte</p>
<p><b>36307 Gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie S7  <b>Obligator Leistungsinhalt</b>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie S7 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36307 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i></p>	<p>558,07 €  4503 Punkte</p>
<p><b>36308 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36306 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36307  <b>Obligator Leistungsinhalt</b>  - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  <i>Die Gebührenordnungsposition 36308 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.</i></p>	<p>39,91 €  322 Punkte</p>
<p><b>36311 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T1  <b>Obligator Leistungsinhalt</b>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie T1 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36311 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i></p>	<p>74,24 €  599 Punkte</p>
<p><b>36312 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T2</p>	<p>141,66 €</p>



	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1143 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T2 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36312 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i>	
36313	<b>Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T3	220,23 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	1777 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T3 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36313 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36314	<b>Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T4	342,55 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2764 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36314 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36315	<b>Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T5	471,57 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3805 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36315 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	
36316	<b>Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T6	589,68 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4758 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36316 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36317	<b>Endoskopischer gynäkologischer Eingriff</b> der Kategorie T7	713,12 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5754 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36317 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36318	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36316 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36317	65,19 €
		526 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36318 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

**36319 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2**

141,66 €

*Obligater Leistungsinhalt*

1143 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie TT2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36319 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*

**36.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie**

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
  - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um  $\geq 1$  dpt,
  - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um  $\geq 1$  dpt,
  - Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um  $\geq 0,1$  mm.
2. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche

Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

- 36321 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U1 58,74 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 474 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U1 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36321 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.*
- 36322 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U2 107,82 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 870 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36322 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.*
- 36323 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U3 165,08 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 1332 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U3 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36323 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36324 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U4 247,99 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 2001 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U4 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36324 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36325 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U5 354,82 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 2863 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U5 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36325 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36326 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U6 503,42 €  
*Obligator Leistungsinhalt* 4062 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U6 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36326 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*

<p><b>36327 Extraocularer Eingriff</b> der Kategorie U7  <i>Obligator Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie U7 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36327 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i></p>	<p>617,69 €  4984 Punkte</p>
<p><b>36328 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36321 bis 36326 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36327  <i>Obligator Leistungsinhalt</i>  - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,  je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  <i>Die Gebührenordnungsposition 36328 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.</i></p>	<p>46,48 €  375 Punkte</p>
<p><b>36331 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V1  <i>Obligator Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36331 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.</i></p>	<p>90,84 €  733 Punkte</p>
<p><b>36332 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V2  <i>Obligator Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36332 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i></p>	<p>132,61 €  1070 Punkte</p>
<p><b>36333 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V3  <i>Obligator Leistungsinhalt</i>  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie V3 entsprechend Anhang 2  <i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36333 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i></p>	<p>192,59 €  1554 Punkte</p>
<p><b>36334 Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V4</p>	<p>311,94 €</p>

	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	2517 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V4 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36334 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.</i>	
36335	<b>Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V5	436,50 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	3522 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V5 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36335 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.</i>	
36336	<b>Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V6	589,18 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	4754 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V6 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36336 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.</i>	
36337	<b>Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie V7	710,76 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	5735 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V7 entsprechend Anhang 2	
	<i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36337 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.</i>	
36338	<b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36331 bis 36336 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36337	61,35 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	495 Punkte
	- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,	
	- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,	
	je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 36338 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.</i>	
36341	<b>Laserchirurgischer Eingriff</b> der Kategorie W1	44,24 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	357 Punkte
	- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W1 entsprechend Anhang 2	

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36341 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.*

- 36342 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W2 78,82 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 636 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W2 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36342 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.*
- 36343 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W3 114,76 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 926 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W3 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36343 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36344 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W4 174,00 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 1404 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W4 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36344 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.*
- 36345 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W5 252,08 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2034 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W5 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36345 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.*
- 36346 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W6 342,31 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 2762 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W6 entsprechend Anhang 2  
*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36346 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.*
- 36347 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W7 403,03 €  
*Obligater Leistungsinhalt* 3252 Punkte  
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W7 entsprechend Anhang 2

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36347 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.*

- |       |  |                         |
|-------|--|-------------------------|
| 36348 | <b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36346 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36347<br><i>Obligater Leistungsinhalt</i><br>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,<br>- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,<br>je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit<br><br><i>Die Gebührenordnungsposition 36348 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.</i>  | 40,15 €<br>324 Punkte   |
| 36350 | <b>Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie X1<br><i>Obligater Leistungsinhalt</i><br>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X1 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation<br><br><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36350 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.</i><br><i>Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 36350 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 36801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 36820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 36840 berechnet werden.</i> | 218,25 €<br>1761 Punkte |
| 36351 | <b>Intraocularer Eingriff</b> der Kategorie X2<br><i>Obligater Leistungsinhalt</i><br>- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation<br><br><i>Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36351 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.</i><br><i>Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 36351 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 36801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 36820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 36841 berechnet werden.</i> | 244,89 €<br>1976 Punkte |
| 36358 | <b>Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351 bei Simultaneingriffen<br><i>Obligater Leistungsinhalt</i><br>- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,  | 63,33 €<br>511 Punkte   |

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Die Gebührenordnungsposition 36358 kann entsprechend Anhang 2 Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.*

**36364 Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 232,87 €  
1879 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge

*Die Gebührenordnungsposition 36364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 36364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

**36371 Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V** 96,42 €  
778 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*In der Gebührenordnungsposition 36371 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36371 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen*



*Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

**36372 Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1: Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 96,42 €  
778 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*In der Gebührenordnungsposition 36372 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

**36373 Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9: Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V 124,80 €  
1007 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingriff der Kategorie Z9 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

*In der Gebührenordnungsposition 36373 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.*

*Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.*

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

### **36.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung der Leistungen des Abschnitts 36.2**

#### **36.3.1 Präambel**

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 36.2, die nachfolgend eine Überwachung nach den Leistungen des Abschnitts 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine schriftliche Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet. Die Vereinbarung ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachzuweisen.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247, 34504 und 34505 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 36.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus den Abschnitten 36.2 oder 36.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 36.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

#### **36.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung einer Leistung des Abschnittes 36.2**

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| <p><b>36501 Postoperative Überwachung</b> im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 36121) oder einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36341 oder 36342</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,</li> <li>- Abschlussuntersuchung(en)</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infusionstherapie,</li> </ul> | <p>1,98 €<br/>16 Punkte</p> |
|--|-----------------------------|

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

*Die Gebührenordnungsposition 36501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**36502 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36101, 36111, 36121, 36131, 36141, 36221, 36231, 36241, 36271, 36281, 36301, 36321, 36331, 36350, 36371, 36372 oder 36373 (außer Biopsieleistungen der Kategorie C1) 3,59 €  
29 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36502 für die postoperative Überwachung nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 36371 bis 36373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 36502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**36503 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36102, 36112, 36122, 36132, 36142, 36151, 36152, 36161, 36162, 36171, 36172, 36201, 36202, 36211, 36212, 36222, 36232, 36242, 36272, 36282, 36291, 36292, 36302, 36311, 36312, 36319, 36322, 36332 oder 36351 7,19 €  
58 Punkte

*Obigater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 36503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

- 36504 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36103, 36104, 36113, 36114, 36123, 36124, 36133, 36134, 36143, 36144, 36191, 36192, 36223, 36224, 36232, 36233, 36234, 36243, 36244, 36251, 36252, 36253, 36254, 36261, 36262, 36323, 36324, 36333, 36334, 36343 oder 36344 9,91 €  
80 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
  - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
  - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
  - EKG-Monitoring
- Die Gebührenordnungsposition 36504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*
- 36505 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36105, 36115, 36125, 36135, 36145, 36153, 36154, 36163, 36164, 36173, 36174, 36203, 36204, 36213, 36214, 36225, 36235, 36245, 36255, 36273, 36274, 36283, 36284, 36289, 36293, 36294, 36303, 36304, 36313, 36314, 36325, 36335 oder 36345 14,00 €  
113 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
  - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
  - akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
  - EKG-Monitoring
- Die Gebührenordnungsposition 36505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*
- 36506 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36096, 36106, 36116, 36126, 36136, 36146, 36155, 36165, 36175, 36205, 36215, 36226, 36236, 36246, 36256, 36275, 36285, 36295, 36305, 36315, 36326, 36336 oder 36346 19,95 €  
161 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
  - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,

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

*Die Gebührenordnungsposition 36506 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

**36507 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36097, 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36156, 36157, 36166, 36167, 36176, 36177, 36206, 36207, 36216, 36217, 36227, 36237, 36247, 36276, 36277, 36286, 36287, 36296, 36297, 36306, 36307, 36316, 36317, 36327, 36337 oder 36347 26,52 €  
214 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Die Gebührenordnungsposition 36507 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.*

### **36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2**

#### **36.5.1 Präambel**

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 36.2 abrechnenden Operateur erbracht werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.
3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.3 berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 36828 berechnet. Abweichend hiervon ist die Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36289

durch den Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36829 berechnungsfähig.

5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.
6. Im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung nach Abschnitt 36.2 können nur Narkosen des Abschnitts 36.5 berechnet werden. Narkosen oder Analgesien / Sedierungen aus den Abschnitten 5.3 und 31.5 sind nicht berechnungsfähig.

### 36.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

36800 **Regionalanästhesie durch den Operateur**, der einen belegärztlichen Eingriff nach Abschnitt 36.2 erbringt 31,73 €  
256 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)
- und/oder
- Anästhesie des Plexus brachialis
- und/oder
- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Die Gebührenordnungsposition 36800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

36801 **Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie durch den Operateur**, der einen belegärztlichen Eingriff der Kategorie U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 erbringt 13,01 €  
105 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie,
- Pulsoxymetrie,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Die Gebührenordnungsposition 36801 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 36821 bis 36827 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36801 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

**36802 Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur, der einen belegärztlichen Eingriff nach den Gebührenordnungspositionen 36096 und 36097 entsprechend Anhang 2 durchführt** 200,65 €  
1619 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

*Sofern die Gebührenordnungsposition 36802 neben den Gebührenordnungspositionen 36826 oder 36827 berechnet wird, ist ein Abschlag von 955 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 36802 vorzunehmen. Die Prüfzeit wird entgegen der Nr. 1.7 der Allgemeinen Bestimmungen nicht angepasst.*

*Die Gebührenordnungsposition 36802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 30710 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36802 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.*

**36.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2**

1. Die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 36.5.3 setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung des Abschnitts 36.2 erbringt und berechnet. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2 durch einen anderen Vertragsarzt können nur Anästhesien des Abschnitts 36.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 31.5, berechnet werden.

**36820 Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis** 17,97 €  
145 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis,
- Erfolgsnachweis durch fehlende Reaktion des Nervs oder Ganglions,
- Dokumentation mit Angabe des Nervs oder Ganglions

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

*Die Gebührenordnungsposition 36820 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36821 bis 36829 berechnungsfähig.*

<p><b>36821 Anästhesie und/oder Narkose</b>, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 36101, 36111, 36121, 36131, 36141, 36151, 36161, 36171, 36191, 36201, 36211, 36221, 36231, 36241, 36251, 36261, 36271, 36281, 36291, 36301, 36311, 36321, 36331, 36341, 36371 bis 36373 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plexusanästhesie und/oder</li> <li>- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder</li> <li>- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder</li> <li>- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie</li> </ul>	<p>71,26 € 575 Punkte</p>
---	-------------------------------

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der*



*Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 36371 bis 36373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Die Gebührenordnungsposition 36821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820, 36822 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <p><b>36822 Anästhesie und/oder Narkose</b>, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36102, 36112, 36122, 36132, 36142, 36152, 36162, 36172, 36192, 36202, 36212, 36222, 36232, 36242, 36252, 36262, 36272, 36282, 36292, 36302, 36312, 36319, 36322, 36332 oder 36342 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plexusanästhesie</li> </ul> <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spinal- und/oder Periduralanästhesie</li> </ul> <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität</li> </ul> <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie</li> </ul> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien oder Narkose</li> </ul> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesien nach der Nr. 05320,</li> <li>- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,</li> <li>- Legen einer Blutleere,</li> <li>- Infusion(en) (Nr. 02100),</li> <li>- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),</li> <li>- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),</li> <li>- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),</li> <li>- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),</li> <li>- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),</li> <li>- Multigasmessung,</li> <li>- Gesteuerte Blutdrucksenkung,</li> <li>- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen</li> </ul> | <p>100,01 €<br/>807 Punkte</p> |
|---|--------------------------------|

*Die Gebührenordnungsposition 36822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820, 36821, 36823 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

- 36823 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36103, 36113, 36123, 36133, 36143, 36153, 36163, 36173, 36193, 36203, 36213, 36223, 36233, 36243, 36253, 36263, 36273, 36283, 36289, 36293, 36303, 36313, 36323, 36333 oder 36343, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie
- und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
- und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
- und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anästhesien oder Narkose
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
  - Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
  - Legen einer Blutleere,
  - Infusion(en) (Nr. 02100),
  - Magenverweilondeneinführung (Nr. 02320),
  - Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
  - Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
  - Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
  - arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
  - Multigasmessung,
  - Gesteuerte Blutdrucksenkung,
  - Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen
- Die Gebührenordnungsposition 36823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36822, 36824 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*
- 36824 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36104, 36114, 36124, 36134, 36144, 36154, 36164, 36174, 36194, 36204, 36214, 36224, 36234, 36244, 36254, 36264, 36274, 36284, 36294, 36304, 36314, 36324, 36334 oder 36344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie
- und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

129,51 €  
1045 Punkte

158,64 €  
1280 Punkte

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

*Obigater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 36824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36823, 36825 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

**36825 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36105, 36115, 36125, 36135, 36145, 36155, 36165, 36175, 36195, 36205, 36215, 36225, 36235, 36245, 36255, 36265, 36275, 36285, 36295, 36305, 36315, 36325, 36335 oder 36345, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

*Obigater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,

217,01 €  
1751 Punkte

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 36825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36824, 36826, 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

- 36826 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36096, 36106, 36116, 36126, 36136, 36146, 36156, 36166, 36176, 36196, 36206, 36216, 36226, 36236, 36246, 36256, 36266, 36276, 36286, 36296, 36306, 36316, 36326, 36336 oder 36346 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie und/oder
  - Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
  - Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
  - Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anästhesien oder Narkose
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
  - Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
  - Legen einer Blutleere,
  - Infusion(en) (Nr. 02100),
  - Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
  - Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
  - Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
  - Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
  - arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
  - Multigasmessung,
- 263,48 €  
2126 Punkte

- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 36826 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36825, 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

36827 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36097, 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36157, 36167, 36177, 36197, 36207, 36217, 36227, 36237, 36247, 36257, 36267, 36277, 36287, 36297, 36307, 36317, 36327, 36337 oder 36347, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 275,38 €  
2222 Punkte

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

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Gebührenordnungsposition 36827 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36826, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*

- 36828 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36826 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36827 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit 29,12 €  
235 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 36828 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36820, 36840 und 36841 berechnungsfähig.*
- 36829 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 36823 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bei Verlängerung eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289 entsprechend dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36290 29,12 €  
235 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Fortsetzung der Narkose für jeweils 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Die Gebührenordnungsposition 36829 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36820 berechnungsfähig.*
- 36840 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36350 35,94 €  
290 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
  - Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa und/oder
  - Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten und/oder
  - Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
  - Pulsoxymetrie,

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Abweichend von Nr. 5 der Präambel 36.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 36840 neben der Gebührenordnungsposition 36801 oder 36820 berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 36840 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 36800, 36821 bis 36828 und 36841 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36840 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.*

**36841 Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36351

59,24 €  
478 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa und/oder
- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten und/oder
- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),

- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr.02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr.02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Abweichend von Nr. 5 der Präambel 36.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 36841 neben der Gebührenordnungsposition 36801 oder 36820 berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 36841 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 36800, 36821 bis 36828 und 36840 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36841 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.*

## **36.6 Belegärztlich konservativer Bereich**

### **36.6.1 Präambel**

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat.
2. Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.
3. Die Gebührenordnungspositionen 13300, 13545, 13650, 13652 und 13678 sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Entgegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen sind stattdessen die in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten genannten Teilleistungen jeweils gesondert, ggf. mehrfach berechnungsfähig. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind die Gebührenordnungspositionen 13251 bis 13255 und 13257 im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall für die unter 36.6.3 Nr. 1 und 2 genannten Vertragsärzte auch ohne Definitionsauftrag bis zu zweimal im



Behandlungsfall berechnungsfähig. Regionale Regelungen bleiben hiervon unberührt.

4. Während eines stationären Aufenthaltes kann bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen entweder die Gebührenordnungsposition 36861 je Behandlungstag (max. 10 mal) oder die Gebührenordnungsposition 36867 berechnet werden. Die Berechnung beider Gebührenordnungspositionen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht möglich.

### 36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen

36861	<b>Strukturpauschale</b> bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 <b>bei einer Verweildauer von bis zu 13 Tagen</b> , je Behandlungstag, höchstens 10 mal während eines stationären Aufenthaltes	10,29 € 83 Punkte
36867	<b>Strukturpauschale</b> bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 <b>bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen</b> , einmal je stationärem Aufenthalt	134,59 € 1086 Punkte

### 36.6.3 Nicht operativ - belegärztliche Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungsposition 36881 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 36881 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden, sofern zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin eine mindestens 24-monatige Weiterbildung in einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinderpneumologie erfolgt ist.
2. Die Gebührenordnungsposition 36882 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie können die Gebührenordnungsposition 36882 ebenfalls berechnen.
3. Die Gebührenordnungspositionen 36881 und 36883 können darüber hinaus von allen in der Präambel 13.1 Nr. 1 aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden.

36884	<b>Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse</b> <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)	7,44 € 60 Punkte
-------	---	---------------------

- in Ruhe  
und/oder
- unter definierter und reproduzierbarer Belastung  
und/oder
- unter Sauerstoffinsufflation

*Die Gebührenordnungsposition 36884 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01857, 04536, 05350, 05372, 13256, 32247, 36881 und 37705 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 36884 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04536, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13350, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13652, 13661 und 13678 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2 berechnungsfähig.*

## 37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL, AKI-RL und der LongCOV-RL

### 37.2 Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes können von Ärzten gemäß Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

37100 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten** gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä 15,49 €  
125 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37100 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37100 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37802 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37102, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.*

- 37102 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten** gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä 15,49 €  
125 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
  - Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
  - Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 37102 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37802 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 37102 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.*
- 37105 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt** gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä 34,08 €  
275 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,
  - Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Koordination der Regelungen zur Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und Koordination der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten zu treffen.*
- Die Gebührenordnungsposition 37105 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37802 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 37105 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.*
- 37113 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht**, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt 13,14 €  
106 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 37113 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37802 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.*

**37120 Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä**

10,66 €

*Obligater Leistungsinhalt*

86 Punkte

- Patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag für den Versicherten besteht

*Die Gebührenordnungsposition 37120 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 37120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37400, 37720, 37802 und 37804 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.*

**37.3 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä berechnungsfähig. Die Versorgung in der Häuslichkeit im Sinne der Leistungen dieses Abschnittes umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.
2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes nicht berührt.
3. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht berechnungsfähig, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes der behandelte Patient zeitgleich Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - mit Ausnahme der Beratungsleistung - gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet.

**37300 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä**

48,58 €  
392 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Ersterhebung der individuellen palliativen Bedarfe des Patienten im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindestens 5 Bereichen,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen
  - Therapieplanes
  - und/oder
  - qualifizierten Schmerztherapieplanes
  - und
  - Notfallplanes (z. B. nach „P A L M A“)
 in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
  - Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
  - ggf. weitere, notwendige Verlaufserhebungen,
- einmal im Krankheitsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37300 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 37300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37300 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 und 04370 berechnungsfähig.*

**37302 Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der Gebührenordnungsposition 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä**

34,08 €  
275 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung,
- Konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Vertragsarzt und/oder einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37302 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 37302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.*

**37305 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit**

15,37 €  
124 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, je vollendete 15 Minuten

*Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 37305 beträgt am Behandlungstag 744 Punkte.*

*Die Gebührenordnungsposition 37305 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37306, 37314 und 37400 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37305 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.*

**37306 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit**

15,37 €  
124 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

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

je Besuch

*Die Gebührenordnungsposition 37306 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37306 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37305, 37314 und 37400 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37306 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.*

- 37314 Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä,** 13,14 €  
106 Punkte

einmal im Behandlungsfall

*Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37314 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37314 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 berechnungsfähig.*

- 37317 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen** 176,61 €  
1425 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für den Patienten und/oder die Angehörigen und/oder die Pflegekräfte und/oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einer Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie- und/oder Notfallplans zu beheben sind,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten in kritischen Phasen, einmal im Krankheitsfall

**37318 Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.** 26,40 €  
213 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Telefonischer Kontakt des Arztes mit
  - dem Pflegepersonaloder
  - dem ärztlichen Bereitschaftsdienstoder
  - den Angehörigen des Patientenoder
  - dem Krankenhaus,

je Telefonat

*Die Gebührenordnungsposition 37318 ist höchstens siebenmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37318 ist entgegen der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im Behandlungsfall auch neben Versicherten- und/oder Grundpauschalen berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37318 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37400 berechnungsfähig.*

**37320 Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä** 10,66 €  
86 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind

*Die Gebührenordnungsposition 37320 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz, berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 37320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig.*



*Die Gebührenordnungsposition 37320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30706 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.*

#### **37.4 Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V**

1. Die Gebührenordnungsposition 37400 dieses Abschnittes kann von Ärzten gemäß Nr. 6 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

37400 **Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V** 12,39 €  
100 Punkte

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Teilnahme an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Teilnahme an einer vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Abstimmung der schriftlichen Patientenverfügung für Notfallsituationen gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Berater

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- In mehreren Sitzungen,
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch gemäß § 11 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V mit dem verantwortlichen Berater,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch berechnungsfähig, wenn die Teilnahme am patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V telefonisch erfolgt.*

*Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von einem an der Beratung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 37400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 03371 bis 03373, 04371 bis 04373, 37120, 37305, 37306, 37318, 37320, 37720 und 37804 berechnungsfähig.*

#### **37.5 Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die**

**berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die gemäß § 3 Absatz 1 KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL berechtigt sind, berechnet werden. Dabei muss dem entsprechenden Netzverbund eine Genehmigung gemäß § 3 Absatz 9 KSVPsych-RL der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 37510 und 37520 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, die Gebührenordnungsposition 37500 berechnet wurde.

**37500 Eingangssprechstunde**

29,25 €

*Obligater Leistungsinhalt*

236 Punkte

- Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 der KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verweis auf Möglichkeiten und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V,

je vollendete 15 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 37500 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35151 und 37500 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 35151 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37500.*

*Die Gebührenordnungsposition 37500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

**37510 Differentialdiagnostische Abklärung gemäß § 8 der KSVPsych-RL**

28,63 €

*Obligater Leistungsinhalt*

231 Punkte

- Differentialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes als Einzelbehandlung,
- Erhebung möglicher somatischer Komorbiditäten und ggf. Veranlassung weiterer, notwendiger somatischer Diagnostik,

- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verweis auf Möglichkeiten und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V,

je vollendete 15 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 37510 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37510 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.*

**37520 Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 9 der KSVPsych-RL,** 55,52 €  
448 Punkte  
einmal im Krankheitsfall

**37525 Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder des Bezugspsychotherapeuten** 55,77 €  
450 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes,
- Fachlicher Austausch und Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten als zentraler Ansprechpartner für die Versorgung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Veranlassung von erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, ggf. auch (teil-)stationäre oder stationsäquivalente sowie somatische Behandlungen,
- Halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen nach § 2 der KSVPsych-RL zur weiteren Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37525 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 21232 berechnungsfähig.*

**37530 Koordination der Versorgung nach § 10 der KSVPsych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Abs. 2 der KSVPsych-RL** 71,51 €  
577 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sicherstellung der Vernetzung der an der Versorgung des Patienten nach der KSVPsych-RL beteiligten Berufsgruppen,
- Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
- Vereinbarung von Terminen bei den an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen,
- Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit dem Patienten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Regelmäßiger telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Patienten und Hinwirken auf Termintreue,
- Führen von Gesprächen im Lebensumfeld des Patienten,
- Kontaktaufnahme und Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen für den Patienten,

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37530 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 5 der KSVPsych-RL übertragen wird.*

**37535 Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 10 der KSVPsych-RL** 20,57 €  
166 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Patienten-Kontakt durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung im häuslichen Umfeld,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 37535 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37535 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 5 der KSVPsych-RL übertragen wird.*

*Die Gebührenordnungsposition 37535 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063, 38100 und 38105 berechnungsfähig.*

**37550 Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Patientenorientierte Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL unter Einbeziehung an der Versorgung des jeweiligen Patienten beteiligter Berufsgruppen,

je vollendete 10 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 37550 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37550 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37550 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

**37551 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw.** 15,86 €  
128 Punkte

**nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,**

je vollendete 10 Minuten

*Die Gebührenordnungsposition 37551 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37551 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.*

*Die erzielte Vergütung gemäß der Gebührenordnungsposition 37551 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL zu verteilen.*

**37570 Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes,** 24,79 €  
200 Punkte

einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37570 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.*

### **37.7 Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL**

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) berechnungsfähig.

**37700 Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A** 31,85 €  
257 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder
  - Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 5 Abs. 3 der AKI-RL sowie Anlage 31b zum BMV-Ä,
  - Prüfung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials,
  - Dauer mindestens 20 Minuten,
- einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 37700 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 37700 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.*

*Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten*

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

*Bei Durchführung einer Videosprechstunde in Zusammenhang mit der Potenzialerhebung nach der Gebührenordnungsposition 37700 gelten die Vorgaben gemäß Absatz 5 Nr. 6 und Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1. Werden je Vertragsarzt und Quartal höchstens 3 Potenzialerhebungen nach der Gebührenordnungsposition 37700 durchgeführt und berechnet, findet die Obergrenze gemäß Absatz 6 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 keine Anwendung.*

**37701 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der Gebührenordnungsposition 01410 oder 01413** 15,86 €  
128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,  
je weitere vollendete 10 Minuten

*Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 37700 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701.*

*Die Gebührenordnungsposition 37701 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

**37704 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung einer Schluckendoskopie** 36,44 €  
294 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Patientenaufklärung zur Untersuchung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lokalanästhesie,
- Gabe von Testboli unterschiedlicher Konsistenz,
- Bilddokumentation

**37705 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 10,41 €  
84 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe
 und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung
 und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

*Die Gebührenordnungsposition 37705 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 04536, 04562, 13250, 13256, 13602, 13650, 13652, 13661, 32247 und 36884 berechnungsfähig.*

**37706 Grundpauschale im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die über eine Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 der AKI-RL verfügen** 19,71 €  
159 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

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

*Fakultativer Leistungsinhalt*

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

*Werden die in der Gebührenordnungsposition 37706 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37706 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

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

**37714 Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt** 13,14 €  
106 Punkte

- im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der AKI-RL  
und/oder
- zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 der AKI-RL  
und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 7 der AKI-RL  
und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL,  
einmal im Behandlungsfall

*Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37714 nicht berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 37714 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 37314 berechnungsfähig.*

### 37720 Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL

10,66 €  
86 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

*Die Gebührenordnungsposition 37720 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*

*Die Gebührenordnungsposition 37720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37804 berechnungsfähig.*

### **37.8 Spezifische Versorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL)**

1. Die Gebührenordnungspositionen 37800 bis 37802 können nur berechnet werden von
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
  - Praktischen Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
  - Vertragsärzten gemäß § 6 Abs. 2 LongCOV-RL, sofern für den Patienten bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 LongCOV-RL aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens



- drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat und der Vertragsarzt die Koordinationsaufgaben nach § 4 und die Aufgaben nach § 5 LongCOV-RL wahrnehmen kann.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich für die Versorgung von Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL berechnungsfähig.
  3. Die GOP 37801 ist nur berechnungsfähig bei Patienten gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihres Krankheitsverlaufs die folgenden Kriterien erfüllen:
    - Vorliegen eines hinreichend begründeten Verdachts auf mindestens eine der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: U09.9! Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet, U10.9- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet, U12.9! unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet, G90.80 Posturales orthostatisches Tachykardie-Syndrom (PoTS), G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom inkl.: Chronisches Fatigue-Syndrom bei Immundysfunktion, Myalgische Enzephalomyelitis, Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom, I95.1 Orthostatische Hypotonie inkl. Orthostatische Dysregulation
 und
    - Vorliegen einer schweren Funktionseinschränkung (Beurteilung mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren) mit Angabe der entsprechenden Codes nach ICD-10-GM (U50.4-, U50.5- oder U51.2-) oder dem anhand der Bell-Skala ermittelten Punktwert ( $\leq 30$ )
    - und/oder
    - Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 4 Wochen aufgrund mindestens einer Erkrankung gemäß § 2 Abs. 1 oder 2 LongCOV-RL.
  4. Die Gebührenordnungsposition 37806 kann nur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten berechnet werden, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 4 LongCOV-RL erfüllen.
  5. Die Gebührenordnungsposition 37806 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM erfolgt. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 4 LongCOV-RL erfüllt sind und ein Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 37806 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund des Basis-Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 37800 ergibt.

**37800 Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL**

20,33 €  
164 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Basis-Assessment mit ausführlicher, strukturierter Anamnese und ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, des funktionellen und des Ernährungsstatus,

einmal im Krankheitsfall

*Bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 LongCOV-RL ist die Gebührenordnungsposition 37800 nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 03220, 03360, 03370, 04220, 04370 und 37801 berechnungsfähig.*

**37801 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800**

15,86 €

128 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- strukturierte Ersterfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI) und/oder einer post-exertionellen Malaise (PEM) und/oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS),
- Durchführung weiterer Differentialdiagnostik,
- Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement (ggf. auch in Gruppen), z. B. bei Vorliegen von PEM die Beratung zum Pacing, die Beratung zu Methoden der Krankheitsbewältigung und Stressreduktion und/oder die Beratung und Anleitung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 37801 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37801 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen die Kriterien gemäß dritter Bestimmung zum Abschnitt 37.8 erfüllt werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 37801 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37800 berechnungsfähig.*

**37802 Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL**

17,47 €

141 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Koordination der medizinischen Versorgung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen gemäß § 4 Abs. 2 LongCOV-RL,
- Übernahme der Rolle der zentralen Ansprechperson im Versorgungsprozess für den Patienten,
- Erstellung und/oder Aktualisierung und Bereitstellung eines Behandlungsplans gemäß § 4 Abs. 3 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 LongCOV-RL,

- Überweisung an mindestens einen weiteren Vertragsarzt der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgung und/oder
- Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL, einmal im Behandlungsfall

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37802 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines Basis-Assessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 37800 und das fortdauernde Vorliegen der Symptomatik gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL voraus. Die Gebührenordnungsposition 37802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 04220, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233 und 21230 bis 21233 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 37802 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03362, 03371, 04371 und 37302 berechnungsfähig.*

**37804 Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL**

10,66 €  
86 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

*Die Gebührenordnungsposition 37804 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37804 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 37804 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend. Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierte Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 37804 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37720 berechnungsfähig.*

## 38 Delegationsfähige Leistungen

### 38.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur von

- Fachärzten für Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
  - Praktischen Ärzten (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - Fachärzten für Augenheilkunde,
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
  - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Urologie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Bestimmungen und unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nichtärztlichen Mitarbeiters gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
4. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder

dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, eine Versichertenpauschale oder Grundpauschale berechnet wurde.

### 38.2 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Anstellung eines/von nichtärztlichen Mitarbeitern mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.

**38100 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - 9,42 €**  
**entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Patienten 76 Punkte**  
**durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten**  
**Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger**  
**delegierbarer Leistungen,**  
 je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 38100 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38100 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38100 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38100 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37535 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38105 berechnungsfähig.*

**38105 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - 4,83 €**  
**entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren 39 Punkte**  
**Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder**  
**Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem**  
**Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition**  
**38100,**  
 je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 38105 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.*

*Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38105 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38105 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38105 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37535 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 38105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38100 berechnungsfähig.*

### **38.3 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten**

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nichtärztlichen Praxisassistenten mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde und diese(r) über folgende Qualifikationen verfügt:

- eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1,
- eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),
- Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1.

Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen. Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

**38200 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen**

11,15 €  
90 Punkte

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
  - Alten- oder Pflegeheimen
  - und/oder
  - anderen beschützenden Einrichtungen,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
  - In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,
- je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 38200 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 berechnungsfähig.*

- 38202 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten** 11,15 €  
90 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
  - Aufsuchen eines Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
  - Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
  - In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,
- je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 38202 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 berechnungsfähig.*
- 38205 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen** 10,29 €  
83 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
  - Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
    - Alten- oder Pflegeheimen
    - und/oder
    - anderen beschützenden Einrichtungen,
  - Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
  - In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,
- je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 38205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38202 und 38207 berechnungsfähig.*
- 38207 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit** 10,29 €  
83 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
  - Aufsuchen eines weiteren Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit / in derselben sozialen Gemeinschaft,
  - Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
  - In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

*Die Gebührenordnungsposition 38207 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 berechnungsfähig.*

## V Kostenpauschalen

### 40 Kostenpauschalen

#### 40.1 Präambel

1. Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche können im Zusammenhang mit ihren Leistungen die Kostenpauschalen 40110, 40111 und 40142 dieses Kapitels abrechnen.
2. Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.3.1 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind nur die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40090, 40092, 40094, 40850, 40852, 40854 und 40855 berechnungsfähig.
3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen 40165, 40300 bis 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.17 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

#### 40.3 Kostenpauschalen für Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik

1. Bei überwiesenen Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik sind die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 nur in der Arztpraxis berechnungsfähig, die den Untersuchungsauftrag mit Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik erstmals erhalten hat. Werden einzelne oder alle Auftragsleistungen zur Durchführung an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen, sind auf dem Überweisungsauftrag die Auftragsleistungen als weiterüberwiesene Auftragsleistungen zu kennzeichnen und die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 sind nicht erneut berechnungsfähig.
2. Die Kostenpauschalen 40092 bis 40095 sind innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen 40090, 40092 und 40094 können nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 11, 12 oder 19 abzurechnen oder die über eine Genehmigung zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Speziallabors nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.



4. Die Kostenpauschale 40091 kann nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 12 abzurechnen.
5. Die Kostenpauschalen 40093 und 40095 können nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 8, 12 oder 19 abzurechnen.
- 40089 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01812 und 01930 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger),** einmal im Behandlungsfall 0,95 €
- Die Kostenpauschale 40089 ist nur bei Erbringung in Laborgemeinschaften oder von Fachärzten, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 40089 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40090 berechnungsfähig.*
- 40090 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger),** einmal im Behandlungsfall 0,95 €
- Bei eigenerbrachten Leistungen der In-vitro-Diagnostik kann die Kostenpauschale 40090 von dem eigenerbringenden Arzt berechnet werden, sofern er die Entnahmematerialien selber beschafft.  
Die Gebührenordnungsposition 40090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40089 berechnungsfähig.*
- 40091 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für Gebührenordnungspositionen nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10,** einmal im Behandlungsfall 1,98 €
- Die Gebührenordnungsposition 40091 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

40092 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224 und zu den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3 - ausgenommen der Gebührenordnungspositionen 19327 und 19328 -, 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung,**

0,60 €

einmal im Behandlungsfall

*Das System muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:*

- Übernahme von Patientenstammdaten,
- digitale Auftragserfassung,
- leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,
- Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,
- Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,
- Angabe der voraussichtlichen Gebührenordnungspositionen und der voraussichtlichen Kosten getrennt nach Abschnitten 11.4, 32.2 und 32.3 EBM,
- Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,
- Abruf des Befundergebnisses,
- Konsultationsanforderung.

*Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40093, 40110 und 40111 berechnungsfähig.*

40093 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung,**

0,30 €

einmal im Behandlungsfall

*Das System muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:*

- Übernahme von Patientenstammdaten,
- digitale Auftragserfassung,
- leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,
- Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,
- Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,
- Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,
- Abruf des Befundergebnisses,
- Konsultationsanforderung.

*Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092, 40110 und 40111 berechnungsfähig.*

40094 **Zuschlag für Auftragsleistungen nach den** 2,80 €  
**Gebührenordnungspositionen 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 bis 01936, 12224, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3 - ausgenommen der Gebührenordnungspositionen 19327 und 19328 -, 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von ggf. auch infektiösem Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschl. Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.4 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschl. Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32,**  
einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40095, 40110 und 40111 berechnungsfähig.*

40095 **Zuschlag für Auftragsleistungen nach den** 1,05 €  
**Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von ggf. auch infektiösem Untersuchungsmaterial sowie Übermittlung der Ergebnisse,**  
einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, des Abschnitts 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40094, 40110 und 40111 berechnungsfähig.*

#### 40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

1. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 sind für den elektronischen Versand von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen nicht berechnungsfähig. Der Versand von Telefaxen ist hiervon ausgenommen.
2. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 sind für Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	6,02
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	6,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	6,88
5	Anästhesiologie	5,16
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	14,62
6	Augenheilkunde	7,74
7	Chirurgie	20,64
8	Gynäkologie	7,74
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12,04
10	Dermatologie	9,46
11	Humangenetik	17,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	36,12
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	43,86
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	54,18
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	48,16
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	50,74

<b>EBM-Kapitel bzw. Abschnitt</b>	<b>Arztgruppe</b>	<b>Höchstwert in Euro</b>
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	56,76
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	23,22
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	67,08
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	58,48
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3,44
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	27,52
17	Nuklearmedizin	73,96
18	Orthopädie	27,52
19	Pathologie	6,88
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	19,78
21	Psychiatrie	9,46
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	25,80
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,86
23	Psychotherapie	0,86
24	Radiologie	81,70
25	Strahlentherapie	24,08
26	Urologie	25,80
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	12,90
37.7	Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	6,02

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

**40102 Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 für die Versendung von Untersuchungsmaterial im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01707 oder 01709 an das Screening-Labor,**  
je Versand

2,65 €

*Die Kostenpauschale 40102 ist nur dann berechnungsfähig, wenn dem Einsender entsprechende Kosten für die Versendung des Untersuchungsmaterials entstanden sind.*

- 40104 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren, je Versand 5,10 €
- Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigrammen ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht berechnungsfähig.  
Für die elektronische Übermittlung von Röntgenaufnahme(n) oder Computertomografieaufnahme(n) im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34800 ist die Gebührenordnungsposition 40104 nicht berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 40104 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34800 berechnungsfähig.  
Die Gebührenordnungsposition 40104 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.*
- 40106 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern, je Versand 1,50 €
- Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.*
- 40110 **Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen** 0,86 €
- Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.  
Die Gebührenordnungsposition 40110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092 bis 40095 berechnungsfähig.*
- 40111 **Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes** 0,05 €
- Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.  
Die Gebührenordnungsposition 40111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092 bis 40095 berechnungsfähig.*
- 40128 **Kostenpauschale für die postalische Versendung** 0,86 €
- einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten
  - bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt gemäß § 4 Absatz 5a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt im Falle einer öffentlich-rechtlichen Pflicht oder bei Bestehen einer öffentlich-rechtlichen Empfehlung zur Absonderung gemäß § 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- im Zusammenhang mit der Durchführung einer Besuchsleistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418

und/oder

- einer Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 1 Absatz 1b der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung von Heilmitteln (Muster 13) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 3a der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

*Die Kostenpauschale 40128 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für die jeweilige Verordnung oder Bescheinigung zur Verfügung steht und diese auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.*

**40129 Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei telefonischem Patientenkontakt oder Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde** 0,86 €

*Die Kostenpauschale 40129 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für das Muster 21 zur Verfügung steht und die Bescheinigung auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.*

**40130 Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse des Patienten gemäß § 4 Absatz 4.1.4 Anlage 2b BMV-Ä** 0,86 €

*Die Kostenpauschale 40130 ist nur berechnungsfähig, wenn nach Ausstellung festgestellt wird, dass die Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachgeholt werden kann.*

**40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen**

- |       |  |         |
|-------|--|---------|
| 40142 | Kostenpauschale für Leistungen entsprechend der <b>Gebührenordnungspositionen 01615, 01620, 01621 oder 01622, bei Abfassung in freier Form</b> , wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können,<br>je Seite   | 1,50 €  |
|       | <i>Die Kostenpauschale 40142 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01615 insgesamt nur für eine Seite berechnungsfähig.</i>   |         |
| 40152 | Kostenpauschale für <b>ein ausgegebenes Testbriefchen für den Nachweis von Albumin im Stuhl</b> , wenn die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32041 nicht erbracht werden konnte   | 1,50 €  |
|       | <i>Die Gebührenordnungsposition 40152 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32041 berechnungsfähig.</i>  |         |
| 40154 | Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den <b>Bezug des <sup>13</sup>C-Harnstoffs</b> gemäß Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen  | 25,60 € |
| 40156 | Kostenpauschale <b>bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs</b> entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01906 <b>für den Bezug von Mifepriston</b>   | 89,25 € |
|       | <i>Der Bezug von Mifepriston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.</i>  |         |
| 40157 | Kostenpauschale bei <b>Durchführung eines Schweißtests</b> entsprechend der Gebührenordnungsposition 04535 unter Nutzung eines <b>Iontophorese- und Schweißsammelsystems</b>   | 33,00 € |
| 40160 | Kostenpauschale bei <b>Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes</b> entsprechend der Gebührenordnungspositionen <b>01741, 13401, 13421 oder 13422</b> für die beim Eingriff eingesetzte(n) <b>Einmalsklerosierungsnadel(n)</b> | 15,00 € |



40161	<b>Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter</b>	45,00 €
40162	<b>Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01965 und 01966 gemäß § 2 Absatz 1 Implantatregister-Gebührenverordnung (IRegGebV),</b> je Meldung  <i>Die Gebührenordnungsposition 40162 ist im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß § 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.</i>	6,24 €
40165	<b>Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)</b>	72,00 €
40167	<b>Kostenpauschale bei Durchführung einer FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04538 oder 13678 für das Mundstück (und ggf. Sensor)</b>	7,84 €
<b>40.6</b>	<b>Leistungsbezogene Herzkatheteruntersuchungen und Rekanalisationsbehandlungen</b>	<b>Kostenpauschalen und bei koronaren</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die einzeitige Mehrgefäßdilataion am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.</li> <li>2. Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. der Rotablation oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40300, 40302 und 40304. Die entstehenden Kosten sind entsprechend 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 40300, 40302 und 40304 nicht berechnungsfähig.</li> </ol>	
40300	<b>Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291</b>  <i>Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.</i>	181,50 €
40301	<b>Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298</b>	660,00 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40301 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

40302 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292** 1.058,40 €

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

40304 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292**, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 690,20 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

40306 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie** 2,50 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.*

#### **40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen**

40350 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 30110** 21,58 €

40351 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt** 5,50 €

#### **40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe**

40454 **Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit** 320,00 €

**Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips,**

je Seite

40455 **Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 **für die Verwendung von Markierungsclips,** 100,00 €  
je Seite

**40.9 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren**

40460 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423 und 30601 bei Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge für eine Polypektomie oder eine Mukosektomie** 12,00 €

40461 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange** 8,00 €

40462 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04511, 13400 und 13423 bei Verwendung eines Clips inkl. Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator,** 20,80 €  
je Clip

**40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide**

1. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Kostenpauschalen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Nuklearmedizin,
  - Fachärzten für Strahlentherapie (ausschließlich die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40546, 40562, 40580 und 40582) und
  - Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen,  
berechnet werden.
2. Zu jeder Grundleistung im Abschnitt 17.3 ist nur ein Radiopharmakon dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. In den Kostenpauschalen - mit Ausnahme der Kostenpauschale 40582 - sind nicht nur die Kosten der jeweiligen Produkte sondern auch die Kosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung der Produkte sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie

dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, berücksichtigt.

40500	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17320 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Pertechnetat (Schilddrüse)</b>	3,20 €
40502	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Phosphonaten (Knochen/Skelett)</b>	33,69 €
40504	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Makroaggregaten (Lunge)</b>	22,31 €
40506	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Aerosol (Lunge)</b>	123,12 €
40508	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>Tc-99m-HMPAO, Tc-99m-ECD (Hirn)</b>	208,81 €
40510	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17340 bei Verwendung von <b>Tc-99m-DMSA, Tc-99m-DTPA (Niere)</b>	33,85 €
40512	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>Tc-99m-DTPA (Hirn)</b>	78,53 €
40514	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von <b>Tc-99m-MAG3 (Niere)</b>	83,57 €
40516	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17351 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Kolloid (Leber)</b>	57,41 €

40518	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von <b>Tc-99m-IDA-Verbindungen (Galle)</b>	34,94 €
40520	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17330, 17331 und 17310 bei Verwendung von <b>Tc-99m-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)</b>	77,84 €
40522	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17332, 17333 und 17350 bei Verwendung von <b>Tc-99m-markierten Eigenerythrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)</b>	56,98 €
40524	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>Tc-99m-markierten Liganden (Tumorlokalisierung)</b>	373,81 €
40526	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 oder 17350 bei Verwendung von <b>Tc-99m-markierten Antikörpern (Knochenmark, Entzündungslokalisierung)</b>	383,55 €
40528	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>Tc-99m-markierten Mikro-/Nanokolloiden (Lymphknotendiagnostik)</b>	66,14 €
40530	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung einer <b>Tc-99m-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)</b>	32,48 €
40532	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17330 oder 17331 bei Verwendung von <b>Tl-201-CI (Myokard)</b>	70,00 €
40534	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>J-123 (Schilddrüse)</b>	95,00 €

40536	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>J-123-MIBG (chromaffine Tumoren/Nebennierenmark)</b>	350,00 €
40538	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>J-123-FP-CIT (M. Parkinson, Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ (DLB))</b>	830,00 €
40540	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17321 bei Verwendung von <b>J-131 (Schilddrüse)</b>	10,00 €
40546	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von <b>J-131-MIBG</b>	1.784,00 €
40548	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von <b>In-111-Oxinat (Zellmarkierung)</b>	140,00 €
40550	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>In-111-Octreotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)</b> <i>Die Gebührenordnungsposition 40550 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40551 berechnungsfähig.</i>	766,00 €
40551	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>Tc-99m-Tektrotyd (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)</b> <i>Die Gebührenordnungsposition 40551 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40550 berechnungsfähig.</i>	860,41 €
40552	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von <b>In-111-DTPA</b>	304,70 €
40554	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von <b>Se-75-SeHCAT (Gallensäuren)</b>	474,75 €

40556	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von <b>Y-90-Colloid (Radiosynoviorthese)</b>	130,00 €
40558	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von <b>Re-186-Colloid (Radiosynoviorthese)</b>	163,00 €
40560	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17371 bei Verwendung von <b>Er-169-Colloid (Radiosynoviorthese)</b>	124,00 €
40562	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 zur Therapie von <b>Knochenmetastasen mit Radioisotopen</b>	1.355,00 €
40568	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von <b>J-123-Hippuran (Niere)</b>	143,00 €
40576	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von <b>radioaktiv markierten Gasen (Lunge)</b>	350,00 €
40580	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25331, 25332 oder 25333 bei Verwendung von <b>Ir-192</b>	320,00 €
40582	Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von <b>Radium-223-dichlorid</b> entstehen, je Injektion <i>In der Kostenpauschale 40582 sind die Kosten für Radium-223-dichlorid nicht enthalten. Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).</i>	65,00 €

40584	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 bei Verwendung von <b>F-18-Fluorodesoxyglukose</b>	255,00 €
	<i>In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i>	
40585	<b>Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden</b>	1.100,00 €
	<i>In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i>	
<b>40.11 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe</b>		
40680	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362	513,00 €
40681	<b>Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31364</b>	117,81 €
40685	<b>Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode entsprechend der Gebührenordnungsposition 31319</b>	1.020,00 €
<b>40.12 Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe</b>		
	1. Für die Abrechnung von Sachkosten aus diesem Abschnitt gelten die Rahmenbedingungen der Anlage 35 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).	
	2. Die Kosten für den Transport gemäß der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) von der Entnahmeeinrichtung zur Lagerungseinrichtung sowie von der Lagerungseinrichtung zur reproduktionsmedizinischen Einrichtung, welche die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen nach erfolgter Kryokonservierung durchführt, sind abweichend von 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zusätzlich gemäß 7.3 berechnungsfähig.	
	3. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.	
40700	<b>Kostenpauschale für Lagerung gemäß Kryo-RL,</b>	68,00 €



einmal im Behandlungsfall

*Die Kostenpauschale 40700 ist für jedes Quartal berechnungsfähig in dem die Lagerung erfolgt, unabhängig davon, ob in diesem Quartal weitere ärztliche Leistungen abgerechnet werden.*

40701 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen,** 10,00 €  
einmal im Behandlungsfall

*Die Gebührenordnungsposition 40701 ist nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung unter Quarantänebedingungen erfordert, berechnungsfähig.*

*Darüber hinaus ist die Gebührenordnungsposition 40701 bis zum Vorliegen eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung ohne Quarantänebedingungen erlaubt, berechnungsfähig. Die Berechnung setzt in diesem Fall die Angabe einer Begründung voraus.*

#### **40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen**

40750 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142 122,00 €

40752 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144 200,00 €

40754 Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147 333,00 €

#### **40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren**

1. Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (d. h. mindestens 3 Hämodialysentage bzw. IPD-Dialysentage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysentagen als CAPD bzw. CCPD) durchgeführt werden. Die Vorverlegung einer Hämodialyse kann unter Berücksichtigung sozialer Aspekte mit Angabe einer Begründung von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Für die Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 ist in diesem Fall der Sonntag auf die aktuelle Behandlungswoche anzurechnen.
2. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824. Interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen

- zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages mit einer Dialysedauer von mindestens 6 Stunden und einem Dialyseende frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages werden bei der Bestimmung der Anzahl der Dialysewochen gemäß Nummer 3 nicht berücksichtigt.
3. Die Preise für die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 werden nach der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal in vier Preisstufen differenziert.
    1. Bis zur 650. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 mit den Preisen der Preisstufe 1 vergütet. Von der 651. bis zur 1300. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 2. Von der 1301. bis zur 1950. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Preisstufe 3. Ab der 1951. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden diese Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 4 vergütet.
    2. Ein Beispiel: Eine Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte rechnet 1400 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40823 und 600 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824 ab. Für die Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ergeben sich somit 1600 Dialysewochen. Im Ergebnis werden der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte von den 1600 Dialysewochen 650 mit dem Preis der Preisstufe 1, weitere 650 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 2 und 300 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 3 vergütet.
    3. Die Unterscheidung der erbrachten Dialysewochen im abgerechneten Quartal nach dem Ort der Erbringung (Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) setzt voraus, dass Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte(n) sich nicht in derselben Örtlichkeit (zum Beispiel im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex) befinden. Andernfalls werden die in Betriebs- und Nebenbetriebsstätte(n) einer Praxis erbrachten Dialysewochen so zusammengefasst, als wenn sie in einer Betriebsstätte/einem Ort erbracht worden wären. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.
    4. Ein Abschlag auf die Kostenpauschalen 40823 und 40824 erfolgt nicht, wenn die betreffenden Dialyseeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass die zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM erforderliche

- apparative Ausstattung (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung) ausschließlich von dieser Dialysepraxis genutzt wird.
4. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen, Sprechstundenbedarf sowie die Kosten der Beköstigung des Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Dialyseart für die Zeit der Dialysebehandlung. Weiterhin ist im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung die Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten sicherzustellen. Zur Erstattung kann mit dem Dialysepatienten eine Pauschale vereinbart werden. Dies gilt auch für die Erstattung der Stromkosten im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse (CCPD) und für die Erstattung der Entsorgungskosten im Rahmen von Peritonealdialysen als Heimdialysen. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten nicht die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7 finden keine Anwendung.
  5. Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
  6. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, können diese Vereinbarungen fortgeführt werden.
  7. Eine erstmalige Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse) gemäß den Zuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen 40845 bis 40847 liegt vor, wenn für einen Zeitraum von vier Quartalen vor der erstmaligen Berechnung der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40825 bis 40827 für den Versicherten in der Arztpraxis keine Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40825 bis 40827 abgerechnet wurden.

40815 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von <b>Hämodialysen einschl. Sonderverfahren</b> (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) <b>bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr</b> mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, je durchgeführter Dialyse	689,73 €
---	----------

- 40816 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche 913,04 €
- Die Gebührenordnungsposition 40816 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40817 und 40819 berechnungsfähig.*
- 40817 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 130,47 €
- Die Gebührenordnungsposition 40817 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.*
- 40818 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Hämodialysen** einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse 724,27 €
- 40819 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 136,96 €
- Die Gebührenordnungsposition 40819 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.*
- 40823 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche
- Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 wird gemäß Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet.*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 530,80 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 505,94 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 454,28 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 440,56 Euro*

*Interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen gemäß Nr. 2 Satz 2 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 werden mit der Preisstufe 1 bewertet. Dabei ist es ausreichend, wenn mindestens eine Hämodialyse in der Behandlungswoche als Nachtdialyse durchgeführt wurde. Die Durchführung der Hämodialyse als interkurrente Dialyse oder Nachtdialyse ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*

*Die Gebührenordnungsposition 40823 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40824 bis 40828 berechnungsfähig.*

- 40824 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können,

je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

*Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40824 wird gemäß Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet.*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 176,93 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 168,65 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 151,43 Euro*

*Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 146,85 Euro*

*Wenn die Hämodialyse als interkurrente Dialyse während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder Nachtdialyse gemäß Nr. 2 Satz 2 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 durchgeführt wurde, ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren und die Kostenpauschale 40824 wird mit der Preisstufe 1 bewertet.*

*Die Gebührenordnungsposition 40824 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.*

- 40825 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimdialysen, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, 551,42 €  
je Behandlungswoche

*Die Gebührenordnungsposition 40825 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823, 40824 und 40826 bis 40828 berechnungsfähig.*

- |       |   |          |
|-------|---|----------|
| 40826 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von <b>Peritonealdialysen</b> als CAPD bzw. CCPD, <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr</b> mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche   | 78,77 €  |
|       | <i>Die Gebührenordnungsposition 40826 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.</i>  |          |
| 40827 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von <b>intermittierenden Peritonealdialysen (IPD)</b> oder Heimhämodialysen, <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr</b> mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche  | 183,81 € |
|       | <i>Die Gebührenordnungsposition 40827 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.</i>  |          |
| 40828 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Häm- oder Peritonealdialysen, als <b>Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse</b> , einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr</b> mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche | 190,60 € |
|       | <i>Die Gebührenordnungsposition 40828 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.</i>  |          |
| 40829 | <b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr</b>   | 10,91 €  |
| 40830 | <b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr</b>   | 3,64 €   |

40831	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr</b>	21,83 €
40832	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr</b>	7,28 €
40833	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr</b>	32,73 €
40834	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 <b>bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr</b>	10,91 €
40835	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard</li> <li>und/oder</li> <li>- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2</li> </ul>	98,19 €
40836	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard</li> <li>und/oder</li> <li>- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2</li> </ul> je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	32,73 €
40837	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die <b>intermittierende Peritonealdialyse (IPD)</b>	327,31 €
40838	<b>Zuschlag</b> zur Kostenpauschale 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die <b>intermittierende Peritonealdialyse (IPD)</b> , je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	109,10 €
40840	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse,</b>	26,50 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

*Die Kostenpauschale 40840 ist berechnungsfähig, wenn die Dialyse zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages durchgeführt wird, eine Dialysedauer von mindestens 6 Stunden vorliegt und die Dialyse frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages beendet wird. Die Berechnung der Kostenpauschale 40840 setzt die Angabe der Uhrzeit für den Beginn und das Ende der Dialysebehandlung voraus.*

40841	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)</b>	41,35 €
40842	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40817, 40819 oder 40826 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD),</b> je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	5,91 €
40843	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 für die Heimhämodialyse</b>	91,90 €
40844	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse,</b> je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	30,63 €
40845	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse)</b>  <i>Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40845 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.</i>	96,50 €
40846	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD),</b> je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche  <i>Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40846 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.</i>	13,79 €
40847	<b>Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Heimhämodialyse),</b> je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	32,17 €



*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40847 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.*

**40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Mammographie-Screening-Programm)**

40850	Kostenpauschale für <b>Sachkosten bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01750</b>	5,85 €
40852	Kostenpauschale für die ggf. erforderliche <b>Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752, 01756 und 01758</b> oder Kostenpauschale für die <b>Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien</b>  <i>Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen oder Filmfolien ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40852 nicht berechnungsfähig.</i>	0,51 €
40854	Kostenpauschale für <b>sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01759 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40855 enthaltenen Markierungsclips</b> je Seite	320,00 €
40855	<b>Zuschlag</b> zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für die <b>Verwendung von Markierungsclips</b> je Seite	100,00 €
<b>40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie</b>		
40900	Kostenpauschale für die <b>Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401,</b> je durchgeführter Leistung	430,67 €
40901	Kostenpauschale für die <b>Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm<sup>2</sup>,</b> je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	65,49 €

40902	<b>Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche &gt; 20 cm<sup>2</sup>,</b> je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	71,39 €
40903	<b>Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314,</b> je Kalendertag	47,54 €
40910	<b>Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 13586 und/oder 13587,</b> einmal im Behandlungsfall	68,00 €

## VI Anhänge

## 1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

1. Die im Anhang 1 aufgeführten Leistungen sind - sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind - Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.
2. In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten VP = Versichertenpauschale, GP = Grund- / Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen verwiesen.

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)	x	x	x
	Absaugung körpereigener Flüssigkeiten	x	x	x
	Abschabung der Hornhaut des Auges		x	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	x	x	
	Aderlass	x	x	x
	Amsler-Gitter-Test		x	
	Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Anästhesie eines peripheren Nerven	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes	x	x	x
	Anlegen einer Blutleere oder Blutsperrung an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff			x
	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	x	x	
	Anlegen einer Hilfsschiene am unverletzten Kiefer bei Kieferfrakturen oder Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen der Kiefergelenke		x	
	Anlegen eines Portioadapters		x	x
	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen, Drahtbügeln oder dergleichen			x
	Ansteigendes Teilbad	x	x	
	Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung	x	x	
	Anus praeter-Bougierung	x	x	
	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2)			x
	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(K)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test)			x
	Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Applikation von bronchokonstriktorisch wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen)			x
	Assistenz durch einen Arzt, der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen		x	x
	Ätzung im Enddarmbereich	x	x	
	Ätzung im Kehlkopf		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports	x	x	
	Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		x	x
	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang		x	
	Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge		x	
	Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"			x
	Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch	x	x	x
	Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten		x	x
	Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes			x
	Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ausstellung einer Folgeverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes			x
	Beratung der Bezugsperson(en)	x	x	x
	Beratung, auch mittels Fernsprecher oder im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	x	x	x
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	x	x	x
	Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten	x	x	
	Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time"		x	



Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen			X
	Bestimmung des Reflexdecay			X
	Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)			X
	Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung			X
	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle		X	
	Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung			X
	Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung			X
	Blutentnahme durch Venenpunktion	X	X	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Chemische Ätzung der Hornhaut		x	
	Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen	x	x	
	Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation	x	x	
	Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase			x
	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege		x	x
	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage)			x
	Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode)		x	
	Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigeminusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten	x	x	
	Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmpvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	x	x	x
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata	x	x	x
	Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße		x	
	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	x	x	
	Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors		x	
	Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung			x
	Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß			x
	Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastroskopie			x
	Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung		x	x
	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle	x	x	x
	Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang			x
	Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung			x
	Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen	x	x	x
	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum			x
	Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie			x
	Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel			x
	Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter	x	x	
	Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf		x	
	Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie)			x
	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang			x
	Einrichtung des gebrochenen Brustbeins			x
	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens			x
	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			x
	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens			x
	Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite			x
	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat			x
	Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell		x	
	Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	EKG-Monitoring	x	x	x
	Elektrokardiographische Untersuchung	x	x	
	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeneinführung		x	
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr		x	
	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes		x	
	Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen		x	
	Entfernung einer Zervix-Cerclage		x	x
	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle			x
	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	x	x	
	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Entfernung sichtbarer Kirschnerdrähte ohne Eröffnung der Haut			x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen	x	x	x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen	x	x	x
	Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde	x	x	
	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung	x	X	
	Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht		X	X
	Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen	x	X	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung	x	x	x



Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	x	x	x
	Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en).			x
	Erhebung des Ganzkörperstatus	x	x	x
	Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde.			
	Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde		x	x
	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand			x
	Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)	x	x	
	Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen	x	x	x
	Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie ggf. Übertragung oder Löschung des elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä	x	x	x
	Erstversorgung einer großen Wunde			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Erstversorgung einer Wunde			x
	Exophthalmometrie		x	
	Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät	x	x	
	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels			x
	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop		x	
	Fremdanamnese(n)	x	x	x
	Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit		x	
	Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)			x
	Gefäßendoskopie, intraoperativ			x
	Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina		x	x
	Gonioskopie		x	
	Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch		x	x
	Hörgerätekupplermessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe		x	x
	Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	x	x	
	Hydrogalvanisches Teilbad	x		x
	Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.			x
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			x
	Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich			x
	Infusion, subkutan	x	x	
	Injektion, intraartikulär	x	x	x
	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär	x	x	
	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata		x	
	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern		x	
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	x	x	
	Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher			X
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels			X
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels			X
	Intravenöse Injektion	X	X	
	Kapillarmikroskopische Untersuchung		X	X
	Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula	X	X	X
	EinmalKatheterisierung der Harnblase	X	X	X
	Katheterismus der Ohrtrumpete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche		X	
	Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen	X	X	X
	Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene	X	X	X
	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	X	X	X

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe		x	
	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/ Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde	x	x	
	Konsultationskomplex	x	x	
	Kontrolle einer Hörhilfeanpassung in einem schallisolierten Raum mit in-situ-Messungen oder Hörfeldaudiometrie		x	x
	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich			x
	Kryotherapie mittels Eiskompressen, Eisteilbädern, Kältepackungen, Gasen, Peloiden	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, ggf. einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa	x	x	x
	Legen einer "Miller-Abbott-Sonde"		x	
	Legen eines zentralen Venenkatheters durch Punktion der Vena jugularis oder Vena subclavia	x	x	x
	Leitungsanästhesie an einem Finger oder einer Zehe	x	x	
	Lokalanästhesie eines oder mehrerer kleiner Wirbelgelenke		x	x
	Lokalanästhesie(n) zur Schmerzbehandlung	x		x
	Lokalisierung von Netzhautveränderungen für einen gezielten operativen Eingriff		x	
	Lösung einer Vorhautverklebung	x	x	
	Manuelle kinetische Perimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte und/oder manuelle statische Perimetrie, einschließlich Dokumentation, je Sitzung		x	x
	Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes			x



Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung	x	x	x
	Messung der Akkommodationsbreite		x	
	Messung der Hornhautkrümmungsradien		x	
	Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten mittels Indikatorverdünnungsmethode, einschließlich Applikation der Testsubstanz, mittels Thermodilutionsmethode oder mittels Rückatmung von CO <sub>2</sub> oder anderer Atemgase			x
	Mikro-Herzkatheterismus mittels Einschwemmkatheters in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, fortlaufender EKG-Kontrolle und ggf. Röntgenkontrolle, einschließlich Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz- Katheters			x
	Milzszintigramm, einschließlich Funktions- und/oder Kapazitätsbestimmung mit radioaktiv markierten, ggf. alterierten Erythrozyten			x
	Mobilisierende Behandlung an der Wirbelsäule oder eines oder mehrerer Extremitätengelenke mittels Weichteiltechniken	x	x	x
	Nachweis von Mikroorganismen bei histologischer Untersuchung			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Oberflächenanästhesie der tieferen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle oder von Harnröhre und/oder Harnblase	x	x	x
	Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes		x	x
	Objektive Refraktionsbestimmung		x	
	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)			x
	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision)			x
	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen			x
	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes			X
	Orientierende Farbsinnprüfung mit Farbtafeln	X	X	
	Orientierende psychopathologische Befunderhebung	X	X	X
	Orthograde Darmspülung, einschließlich Sondeneinführung in das Duodenum			X
	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich Entfernung von Granulationsgewebe und/oder Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel			X
	Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose			X
	Prostatamassage	X	X	
	Prüfung der Labyrinth auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ggf. einschließlich weiterer Provokationen (z. B. rotatorisch), ggf. einschließlich Prüfung der Koordination	X	X	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Pulsoxymetrische Untersuchungen	x	x	x
	Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien	x	x	
	Pulsschreibung und/oder Druckmessung an den Digitalarterien vor und nach definierter Kälteexposition	x	x	
	Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken	x		x
	Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. qualitativer Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus		x	
	Quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven			x
	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis		x	
	Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	x	x	x
	Radionephrographie mittels radioaktiver Substanzen in weiteren Positionen, ggf. einschließlich Restharnbestimmung, ggf. einschließlich Gabe von Pharmaka			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband	x	x	x
	Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, ggf. einschließlich Probeexzision(en)			x
	Rhinomanometrische Untersuchung mittels Flußmessungen		x	
	Röntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen, ggf. in mehreren Ebenen			x
	Röntgenaufnahmen eines Schädeltails			x
	Röntgenaufnahmen von Kieferteilen in Spezialprojektionen			x
	Röntgenaufnahmen von Zähnen			x
	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges			x
	Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den einzelnen Patienten aufgestellt	x	x	
	Selektive in-vitro-Markierung von Blutzellen mit radioaktivem Indium			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests		x	
	Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen		x	
	Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges		x	
	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles		x	
	Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht			x
	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			x
	Spirometrie		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld		x	x
	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	x	x	
	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten	x	x	
	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten	x	x	
	Spülungen jeglicher Art	x	x	x
	Standardisierte Sprachentwicklungstests (z. B. HSET, PPVT, PET, Wurst) oder gezielte Prüfungen der auditiven, visuellen, taktil-kinaesthetischen Wahrnehmungsfunktionen (z. B. Frostig, MVPT, Schilling-Schäfer, Mottier, von Deuster, BLDT) oder gezielte Prüfung der Grob- und Feinmotorik (z. B. MOT, LOS), ggf. einschließlich Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich			x
	Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich	x	x	x
	Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung	x	x	x
	Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation	x	x	x
	Streckverband	x	x	x
	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension			x
	Subjektive Refraktionsbestimmung	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung	x	x	
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln			x
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen			x



Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von <sup>99m</sup> Tc-markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit <sup>99m</sup> Tc-markierten Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skeletteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/oder Infektionen			x
	Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung	x	x	
	Tape-Verband eines kleinen Gelenkes	x	x	x
	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			x
	Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik			x
	Tonometrische Untersuchung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Topographische Untersuchung der Hornhaut		x	
	Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation	x	x	
	Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase			x
	Trepanation eines Finger- oder Zehennagels	x	x	
	Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung			x
	Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig			x
	Tympanoskopie		x	
	Überprüfung der Notwendigkeit und Erhebung notfallrelevanter Patientendaten zur Anlage und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum BMV-	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ä, einschließlich Übertragung auf die eGK des Patienten und Aufklärung des Patienten			
	Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe im Verlauf der Therapie	x	x	x
	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose	x	x	
	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses	x	x	x
	Untersuchung der oberen Trachea		x	x
	Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr		x	
	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung		x	
	Untersuchung(en) mittels CERA		x	
	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung		x	
	Vektorkardiographie	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband	x	x	x
	Verschußplethysmographische Untersuchung der Venen einer Extremität, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Versilberung bei histologischer Untersuchung			x
	Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse		x	x
	Verwendung eines Ganzkörperzusatzes			x
	Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium			x
	Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme	x	x	x
	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene	x		x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf)	x	x	x
	Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren	x	x	x
	Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal			x
	Extraktion eines Milchzahnes	x	x	
	Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt			x
	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband	x	x	x
	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	x	x	x
	Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schulterreck-, Knie- oder Sprunggelenks			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01420	Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege	x		
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	x		
01510	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	x		
01511	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	x		
01512	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	x		
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	x		
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	x		
01522	Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	x		
01530	Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	x		
01531	Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	x	x	
01601	Individueller Arztbrief	x	x	
01602	Kopie eines Briefes	x		
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	x		
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	x		
02100	Infusion	x		
02101	Infusionstherapie	x		
02110	Erst-Transfusion	x		
02111	Folge-Transfusion	x		
02112	Eigenblut-Retransfusion	x		
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	x		
02200	Tuberkulintestung	x		
02320	Magenverweilsonde	x		
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	x		
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	x		



Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	x		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	x		
02331	Intraarterielle Injektion	x		
02340, 02341	Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)	x		
02342	Lumbalpunktion	x		
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	x		
02350	Fixierender Verband	x		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	x		
02400	<sup>13</sup> C-Harnstoff-Atemtest	x		
02401	H <sub>2</sub> -Atemtest	x		
03000	Hausärztliche Grundvergütung	x		
Aus 03000/ 04000	Betreuung, Behandlung, Gespräch	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
03001	Koordination der hausärztlichen Betreuung	x		
03002	Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen	x		
03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
03110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
03111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	x		
03112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	x		
03115	Konsultationskomplex	x		
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	x		
03311	Ganzkörperstatus	x		
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
03320	EKG	x		
03340	Allergologische Basisdiagnostik	x		
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	x		
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	x		
04002	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen	x		
04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
04110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
04111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	x		
04112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	x		
04115	Konsultationskomplex	x		
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
04210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
04211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates	x		
04311	Ganzkörperstatus	x		
04312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		
04313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
04320	EKG	x		
04333	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status	x		
04340	Allergologische Basisdiagnostik	x		
32000	Laborgrundgebühr	x	x	

### 3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V

#### Glossar

<b>KA</b>	Für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeit vorgegeben.
<b>./.</b>	Keine Angabe einer Prüfzeit.
<b>°</b>	Bei Nachweis der Anstellung eines/einer Orthoptisten/Orthoptistin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit.
<b>°°</b>	Bei Nachweis der Anstellung eines/einer qualifizierten Mitarbeiters/Mitarbeiterin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit.
<b>°°°</b>	Bei der Erstellung des Tagesprofils ist als Prüfzeit auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen.

#### Anmerkungen:

- 1) Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen, vertraglich vereinbarte Kostenerstattungen und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 bis 11.4.4 EBM und 19.4.2 bis 19.4.5 EBM enthalten keine ärztlichen Kalkulations- und Prüfzeiten.
- 2) Der im Standardbewertungssystem verwendete Zeitbedarf für die ärztliche Leistung.
- 3) Gemäß der Allgemeinen Bestimmung 4.3.8 sowie den Anmerkungen unter den Gebührenordnungspositionen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung entsprechen die in Spalte 1 mit \* gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen nicht der fachärztlichen Grundversorgung.  
Zusätzlich zu den im Anhang 3 gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen werden die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3 EBM ebenfalls nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	KA	./.	Keine Eignung
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	KA	./.	Keine Eignung
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	KA	./.	Keine Eignung
01205	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I)	2	./.	Keine Eignung
01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II)	2	./.	Keine Eignung
01210	Notfallpauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01212	Notfallpauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01214	Notfallkonsultationspauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01216	Notfallkonsultationspauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01218	Notfallkonsultationspauschale III	KA	./.	Keine Eignung
01220	Reanimationskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01221	Zuschlag Beatmung	KA	./.	Keine Eignung
01222	Zuschlag Defibrillation	KA	./.	Keine Eignung
01223	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01210	KA	./.	Keine Eignung
01224	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01226	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01320*	Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	6	Nur Quartalsprofil
01321*	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	11	Nur Quartalsprofil
01322	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01323	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01410	Besuch	KA	13	Tages- und Quartalsprofil
01411	Dringender Besuch I	KA	./.	Keine Eignung
01412	Dringender Besuch II	KA	./.	Keine Eignung
01413	Besuch eines weiteren Kranken	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
01414*	Visite auf der Belegstation, je Patient	KA	./.	Keine Eignung
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal			
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	KA	./.	Keine Eignung
01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	KA	2	Nur Quartalsprofil
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	9	Tages- und Quartalsprofil
01430	Verwaltungskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	KA	./.	Keine Eignung
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01436	Konsultationspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01437*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für bestimmte Auftragsleistungen	KA	./.	Keine Eignung
01438*	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	KA	./.	Keine Eignung
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	30	30	Tages- und Quartalsprofil
01442	Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften	KA	./.	Keine Eignung
01444	Zuschlag Authentifizierung	KA	./.	Keine Eignung
01450	Zuschlag Videosprechstunde	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01471	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
01472	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
01473	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio	KA	./.	Keine Eignung
01474*	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto	KA	./.	Keine Eignung
01475	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Oviva Direkt für Adipositas	KA	./.	Keine Eignung
01476	Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA Mawendo	KA	./.	Keine Eignung
01477	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella	KA	./.	Keine Eignung
01478	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Kranus Lutera	KA	./.	Keine Eignung
01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01500	Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01501	Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01502	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8	0	0	Tages- und Quartalsprofil
01503	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01510*	Ambulante Betreuung 2h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01511*	Ambulante Betreuung 4h	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01512*	Ambulante Betreuung 6h	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01520*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01521*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01522*	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01530*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01531*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01540*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
01541*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01542*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01543*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 2h	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01544*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 4h	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01545*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 6h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
01546	Beobachtung und Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie gegen SARS-CoV-2	6	4	Tages- und Quartalsprofil
01549	Zusatzpauschale Beobachtung nach intranasaler Anwendung von Esketamin	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	4	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01601	Individueller Arztbrief	8	2	Tages- und Quartalsprofil
01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	KA	./.	Keine Eignung
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	KA	./.	Keine Eignung
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01613	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01615	Feststellung und Bescheinigung gemäß Krankenhausbegleitungs-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	KA	./.	Keine Eignung
01621	Krankheitsbericht	KA	./.	Keine Eignung
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	KA	./.	Keine Eignung
01623	Kurvorschlag	KA	./.	Keine Eignung
01624	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01630	Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans	2	2	Nur Quartalsprofil
01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01641	Zuschlag Notfalldatensatz	KA	./.	Keine Eignung
01642	Löschen eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01645	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren	KA	./.	Keine Eignung
01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	1	1	Nur Quartalsprofil
01648	Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung	KA	./.	Keine Eignung
01650*	Zuschlag DeQS-RL, Verfahren 2, Anlage II Buchstabe e	KA	./.	Keine Eignung
01670	Einholung eines Telekonsiliums	7	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01671	Telekonsiliarische Beurteilung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01681	Meldung von Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung	KA	./.	Keine Eignung
01682	Fallbesprechung Kinder- und Jugendschutz	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01698	Zuschlag zur Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind, für Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01700*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für bestimmte Auftragsleistungen im Abschnitt 1.7	KA	./.	Keine Eignung
01701*	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Gebührenordnungsposition 01700 aufgeführten Arztgruppen für bestimmte Auftragsleistungen im Abschnitt 1.7	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01705	Neugeborenen-Hörscreening	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01706	Kontroll-AABR	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
01707	Beratung zum Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01709	Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
01710	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01711	U1	8	6	Tages- und Quartalsprofil
01712	U2	22	16	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01713	U3	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01714	U4	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01715	U5	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01716	U6	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01717	U7	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01718	U8	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01719	U9	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01720	J1	22	15	Tages- und Quartalsprofil
01721	Besuch wegen U1 - U2	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
01722	Sonographie der Säuglingshöften bei U3	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01723	U7a	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01724	Laboruntersuchungen des Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01725	Immunreaktives Trypsin	KA	./.	Keine Eignung
01726	Pankreatitis-assoziiertes Protein	KA	./.	Keine Eignung
01727	Molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens	KA	./.	Keine Eignung
01728*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
01731	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	8	7	Tages- und Quartalsprofil
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	19	15	Tages- und Quartalsprofil
01734	Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion	3	2	Tages- und Quartalsprofil
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01738*	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	KA	./.	Keine Eignung
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01741	Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	37	30	Tages- und Quartalsprofil
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	7	5	Tages- und Quartalsprofil
01743*	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	17	13	Tages- und Quartalsprofil
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	13	10	Tages- und Quartalsprofil
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01748	Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	./.	Keine Eignung
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screening	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
01756*	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
01757*	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	KA	./.	Keine Eignung
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz	KA	11	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	im Rahmen des Mammographie-Screening			
01759*	Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	1	Nur Quartalsprofil
01763*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 oKFE-RL	KA	29	Tages- und Quartalsprofil
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	KA	10	Nur Quartalsprofil
01767*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01768*	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	6	Nur Quartalsprofil
01769*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 zur HPV-Genotypisierung	KA	./.	Keine Eignung
01770	Betreuung einer Schwangeren	48	36	Nur Quartalsprofil
01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	15	12	Nur Quartalsprofil
01772	Weiterführende Sonographie I	13	8	Nur Quartalsprofil
01773	Weiterführende Sonographie II	29	21	Nur Quartalsprofil
01774	Weiterführende Dopplersonographie I	23	17	Nur Quartalsprofil
01775	Weiterführende Dopplersonographie II	20	14	Nur Quartalsprofil
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes	5	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01780	Planung der Geburtsleitung	15	10	Tages- und Quartalsprofil
01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01782	Blutentnahme aus der Nabelschnur	16	13	Tages- und Quartalsprofil
01783*	AFP-Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01784	Amnioskopie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01785	Tokographie vor 28. Woche	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01786	CTG	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01787	Chorionzotten-Biopsie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
01788	Beratung nach GenDG zum NIPT-RhD	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01789	Beratung nach GenDG zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01790	Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nichtinvasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01793*	Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01794*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer	KA	32	Nur Quartalsprofil
01795*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794	KA	32	Nur Quartalsprofil
01796*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 bei einer genetisch bedingten Erkrankung des Fötus	KA	43	Nur Quartalsprofil
01799	Beratung einer Schwangeren durch einen Facharzt für Kinder- und	5	5	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie (SchKG)			
01800*	TPHA/TPPA-Antikörper-Test	KA	./.	Keine Eignung
01802*	Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01803*	Röteln-IgM-Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01804*	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01805*	Untersuchung auf Dweak	KA	./.	Keine Eignung
01806*	Bestimmung der Rhesusformel	KA	./.	Keine Eignung
01807*	Antikörper-Suchtest	KA	./.	Keine Eignung
01808*	Antikörper-Differenzierung	KA	./.	Keine Eignung
01809*	Quantitativer Antikörperrnachweis	KA	./.	Keine Eignung
01810*	HBs-Antigen-Test	KA	./.	Keine Eignung
01811*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	./.	Keine Eignung
01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	KA	./.	Keine Eignung
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	16	7	Tages- und Quartalsprofil
01816*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschafts-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	6	6	Nur Quartalsprofil
01822	Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	9	9	Nur Quartalsprofil
01823	Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening	KA	./.	Keine Eignung
01824	Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis	KA	./.	Keine Eignung
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche (Empfängnisregelung)	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	KA	1	Nur Quartalsprofil
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01828	Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01830	Applikation eines Intrauterinpressars (IUP)	9	6	Tages- und Quartalsprofil
01831	Ultraschallkontrolle nach IUP-Applikation	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01832	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01833*	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01840*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01841*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko gemäß ESA-Richtlinie	KA	32	Nur Quartalsprofil
01842*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß ESA-Richtlinie	KA	24	Nur Quartalsprofil
01850	Beratung wegen Sterilisation	6	4	Nur Quartalsprofil
01851*	Untersuchung vor Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01852*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01853*	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01854*	Sterilisation des Mannes	16	14	Tages- und Quartalsprofil
01855*	Sterilisation der Frau	26	21	Tages- und Quartalsprofil
01856*	Narkose bei Sterilisation	68	62	Nur Quartalsprofil
01857*	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01858*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01859*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01865*	Nachweis von HBs-Antigen und/ oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01866*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Bestimmung der Hepatitis-B-Virus-DNA gemäß Teil B III. der GU-RL			
01867*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Nachweis von Hepatitis-C-Virus-RNA gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01869*	Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D aus mütterlichem Blut	KA	./.	Keine Eignung
01870*	Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21	KA	3	Nur Quartalsprofil
01900	Beratung wegen geplanter Abruption	6	6	Nur Quartalsprofil
01901	Untersuchung vor Abruption	7	7	Nur Quartalsprofil
01902	Feststellung des Schwangerschaftsalters	5	5	Nur Quartalsprofil
01903*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Nur Quartalsprofil
01904*	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	29	23	Tages- und Quartalsprofil
01905*	Abruption, medizinische Indikation	32	25	Tages- und Quartalsprofil
01906*	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	27	21	Tages- und Quartalsprofil
01907*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01910*	Dauer mehr als 2 Stunden	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01911*	Dauer mehr als 4 Stunden	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01912	Kontrolluntersuchung nach Abruption	9	6	Nur Quartalsprofil
01913*	Narkose bei Abruption	68	62	Nur Quartalsprofil
01915*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01920*	Beratung vor Präexpositionsprophylaxe	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01921*	Einleitung der Präexpositionsprophylaxe	10	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01922*	Kontrolle im Rahmen der Präexposition prophylaxe	10	8	Nur Quartalsprofil
01930	Kreatinin im Serum/Plasma und eGFR Berechnung im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01931*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01932*	HBs-Antigen und HBc-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01933*	HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01934*	HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01935*	Treponemenantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01936*	Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01941	RSV-Prophylaxe	KA	4	Nur Quartalsprofil
01942	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01941	KA	./.	Keine Eignung
01943	Aufklärung und Beratung zur RSV-Prophylaxe	KA	2	Nur Quartalsprofil
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage	KA	./.	Keine Eignung
01952	Zuschlag Therapiegespräch	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01955	Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01956	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	KA	./.	Keine Eignung
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01965*	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantatregistergesetz	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01966*	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantatregistergesetz	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02100	Infusion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02102*	Intravasale Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder einer Enzyersatztherapie bei Morbus Fabry	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02110*	Erst-Transfusion	4	4	Tages- und Quartalsprofil
02111*	Folge-Transfusion	3	3	Tages- und Quartalsprofil
02112*	Eigenblut-Retransfusion	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02120*	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
02200	Tuberkulintestung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/ oder primäre Wundversorgung und/ oder Epilation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/ oder primäre Wundversorgung mittels Naht	5	5	Tages- und Quartalsprofil
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	8	Tages- und Quartalsprofil
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	9	7	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	6	4	Tages- und Quartalsprofil
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02314*	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
02320*	Magenverweilsonde	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02325*	Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht/am Hals bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02326*	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand/den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02327*	Zuschlag zur GOP 02325	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02328*	Zuschlag zur GOP 02326	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02330*	Blutentnahme durch Arterienpunktion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02331*	Intraarterielle Injektion	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02340	Punktion I	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02341	Punktion II	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02342*	Lumbalpunktion	9	7	Tages- und Quartalsprofil
02343*	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	10	8	Nur Quartalsprofil
02344	Perkutane Biopsie	8	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02345*	Zusatzpauschale Gabe von Tofersen	11	9	Tages- und Quartalsprofil
02350	Fixierender Verband	5	4	Nur Quartalsprofil
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	KA	3	Nur Quartalsprofil
02400*	<sup>13</sup> C-Harnstoff-Atemtest	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02401*	H2-Atemtest	3	1	Tages- und Quartalsprofil
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	KA	./.	Keine Eignung
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	KA	./.	Keine Eignung
02510	Wärmetherapie	KA	./.	Keine Eignung
02511	Elektrotherapie	KA	./.	Keine Eignung
02512	Gezielte Elektrostimulation	KA	./.	Keine Eignung
02520*	Phototherapie eines Neugeborenen	KA	./.	Keine Eignung
03000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
03008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
03010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung			
03020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
03040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
03060	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03061	Zuschlag zur GOP 03060	KA	./.	Keine Eignung
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	KA	./.	Keine Eignung
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	KA	./.	Keine Eignung
03064	Zuschlag zur GOP 03062	KA	./.	Keine Eignung
03065	Zuschlag zur GOP 03063	KA	./.	Keine Eignung
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
03222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	KA	./.	Keine Eignung
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
03241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
03321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
03322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
03324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
03326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
03330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
03352	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
03355	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	5	4	Nur Quartalsprofil
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	11	9	Nur Quartalsprofil
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
04010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
04020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
04222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	KA	./.	Keine Eignung
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
04326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
04330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
04350	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	23	18	Nur Quartalsprofil
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
04354	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
04356	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit			
04410*	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
04411*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
04413*	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
04414*	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
04415*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
04416*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
04417*	Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415	KA	./.	Keine Eignung
04419*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04420*	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04421*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
04430*	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04431*	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04433*	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	25	17	Nur Quartalsprofil
04434*	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
04435*	Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung	39	30	Tages- und Quartalsprofil
04436*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04437*	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
04439*	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
04441*	Zusatzpauschale Behandlung einer Systemerkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
04442*	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder	13	12	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	toxizitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung			
04443*	Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/ oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	13	12	Nur Quartalsprofil
04511*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
04512*	Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	10	6	Tages- und Quartalsprofil
04513*	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	30	26	Tages- und Quartalsprofil
04514*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
04515*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514	10	6	Tages- und Quartalsprofil
04516*	Zusatzpauschale Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
04518*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie	24	18	Tages- und Quartalsprofil
04520*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04523*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04527*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04528*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
04529*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
04530*	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	4	3	Nur Quartalsprofil
04532*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	6	3	Tages- und Quartalsprofil
04534*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04535*	Schweißtest	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04536*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04537*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04538*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04550*	Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
04551*	Zusatzpauschale spezielle pädiatrisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
04560*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
04561*	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04562*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
04563*	Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
04564*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04565*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
04566*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
04572*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04573*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04580*	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	10	9	Nur Quartalsprofil
04590	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
05210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	7	6	Nur Quartalsprofil
05215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
05222	Zuschlag zur GOP 05220	KA	./.	Keine Eignung
05227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	KA	./.	Keine Eignung
05228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
05230*	Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	KA	./.	Keine Eignung
05310*	Präanästhesiologische Untersuchung	8	7	Nur Quartalsprofil
05311*	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung nach § 115f SGB V	8	7	Nur Quartalsprofil
05315	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	KA	./.	Keine Eignung
05320*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	7	6	Tages- und Quartalsprofil
05330*	Anästhesie oder Kurznarkose	36	32	Tages- und Quartalsprofil
05331*	Zuschlag weitere 15 Minuten	17	15	Tages- und Quartalsprofil
05340*	Überwachung der Vitalfunktionen	10	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05341*	Analgesie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
05350*	Beobachtung und Betreuung	4	4	Tages- und Quartalsprofil
05360*	Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416	16	12	Tages- und Quartalsprofil
05361*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 05360	8	4	Tages- und Quartalsprofil
05370*	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten	36	25	Tages- und Quartalsprofil
05371*	Zuschlag zu der Nr. 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose	15	10	Tages- und Quartalsprofil
05372*	Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff nach der Nr. 05370	12	8	Tages- und Quartalsprofil
06210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
06211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
06215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
06222	Zuschlag zur GOP 06220	KA	./.	Keine Eignung
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	8	7	Nur Quartalsprofil
06227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	KA	./.	Keine Eignung
06228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
06310	Fortlaufende Tonometrie	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06312*	Elektrophysiologische Untersuchung	12	10	Nur Quartalsprofil
06320	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr <sup>o</sup>	6	4	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr <sup>o</sup>	6	4	Nur Quartalsprofil
06330	Perimetrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
06331*	Fluoreszenzangiographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
06332*	PDT	KA	32	Nur Quartalsprofil
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	3	3	Tages- und Quartalsprofil
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06336	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06337	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06338	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06339	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06340	Anpassung einer Verbandlinse	6	6	Nur Quartalsprofil
06341	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n)	31	31	Nur Quartalsprofil
06342	Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) Kontaktlinsen	6	6	Nur Quartalsprofil
06343	Bestimmung von Sehhilfen	11	11	Nur Quartalsprofil
06350	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge	4	4	Tages- und Quartalsprofil
06351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	5	5	Tages- und Quartalsprofil
06352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	11	11	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06362*	Hornhauttomographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
07210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
07211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
07215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
07222	Zuschlag zur GOP 07220	KA	./.	Keine Eignung
07227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	KA	./.	Keine Eignung
07228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
07310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
07320	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	10	9	Nur Quartalsprofil
07330	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
07340	Behandlung sekundär heilender Wunde(n)	12	11	Nur Quartalsprofil
07345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
08211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
08222	Zuschlag zur GOP 08220	KA	./.	Keine Eignung
08227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	KA	./.	Keine Eignung
08228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
08230*	Zuschlag Reproduktionsmedizin	16	13	Nur Quartalsprofil
08231*	Zusatzpauschale Geburtshilfe	8	6	Nur Quartalsprofil
08310*	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz	43	32	Nur Quartalsprofil
08311*	Urethro(-zysto)skopie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
08312*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
08313*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
08315	Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
08320*	Mammastanzbiopsie	17	13	Tages- und Quartalsprofil
08330	Ring, Pessar Applikation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08331	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08332	Vaginoskopie	5	3	Tages- und Quartalsprofil
08333*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08334*	Zuschlag für die Polypenentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
08340	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	3	3	Tages- und Quartalsprofil
08341*	Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	7	6	Nur Quartalsprofil
08345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08347*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom			
08410*	Verweilen im Gebärraum	30	30	Tages- und Quartalsprofil
08411*	Geburt	53	47	Tages- und Quartalsprofil
08412*	Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08413*	Äußere Wendung	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08414*	Innere oder kombinierte Wendung	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08415*	Zuschlag Schnittentbindung	37	28	Tages- und Quartalsprofil
08416*	Entfernung der Nachgeburt	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08510*	Erstellung eines Behandlungsplans	KA	./.	Keine Eignung
08520*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	12	Nur Quartalsprofil
08521*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	16	Nur Quartalsprofil
08530*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus	KA	24	Nur Quartalsprofil
08531*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	KA	24	Nur Quartalsprofil
08535*	Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08536*	Endometriumsvorbereitung	KA	8	Nur Quartalsprofil
08537*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	KA	25	Nur Quartalsprofil
08538*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08539*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer	KA	10	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion			
08540*	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	KA	./.	Keine Eignung
08550*	Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryonentransfer (ET)	KA	40	Nur Quartalsprofil
08555*	Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)	KA	60	Nur Quartalsprofil
08558*	Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	KA	22	Nur Quartalsprofil
08575*	Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	KA	32	Nur Quartalsprofil
08576*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	KA	24	Nur Quartalsprofil
08619	Beratung Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08621*	Reproduktionsmedizinische Beratung zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Hodengewebe gemäß Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08622*	Reproduktionsmedizinische Beratung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08623*	Andrologische Beratung gemäß Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08635*	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen (Kryo-RL)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08637*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme (Kryo-RL)	KA	25	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08638*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08637 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08639*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08640*	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08641*	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08642*	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08643*	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08644*	Aufbereiten und Einfrieren von der/den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung
08645*	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Hodengewebe	KA	./.	Keine Eignung
08646*	Auftauen und Aufbereiten von der/den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung
08647*	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder männlichem Keimzellgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08648*	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08649*	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20	17	Nur Quartalsprofil
09211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
09215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
09222	Zuschlag zur GOP 09220	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	KA	./.	Keine Eignung
09228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
09310*	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
09311	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09312*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
09313*	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	20	15	Tages- und Quartalsprofil
09314*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
09315*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
09316*	Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	8	7	Tages- und Quartalsprofil
09317*	Ösophagoskopie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
09318*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
09320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
09324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
09325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
09326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	20	20	Tages- und Quartalsprofil
09330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
09331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Nur Quartalsprofil
09333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
09335	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
09336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
09345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
09350	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
09360	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	4	4	Tages- und Quartalsprofil
09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	5	5	Tages- und Quartalsprofil
09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	8	8	Tages- und Quartalsprofil
09364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	10	Nur Quartalsprofil
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
10210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
10215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
10222	Zuschlag zur GOP 10220	KA	./.	Keine Eignung
10227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	KA	./.	Keine Eignung
10228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
10310	Bestimmung der Erythemschwelle	2	2	Tages- und Quartalsprofil
10320*	Behandlung von Naevi flammei	KA	1	Nur Quartalsprofil
10322*	Behandlung von Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10324*	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10330	Komplex Wundbehandlung	12	11	Nur Quartalsprofil
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	3	3	Tages- und Quartalsprofil
10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung	10	10	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern			
10343	(Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten	6	5	Tages- und Quartalsprofil
10344	(Teil-)Exzision im Kopf-/ Gesichtsbereich bzw. Hand	10	9	Tages- und Quartalsprofil
10345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
10350*	Balneophototherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
11210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	34	Nur Quartalsprofil
11211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	KA	38	Nur Quartalsprofil
11212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	35	Nur Quartalsprofil
11215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
11228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
11230*	Humangenetische Beurteilung	KA	7	Nur Quartalsprofil
11233*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	KA	32	Nur Quartalsprofil
11234*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	KA	32	Nur Quartalsprofil
11235*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	KA	41	Nur Quartalsprofil
11236*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	46	Nur Quartalsprofil
11301*	Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	KA	6	Nur Quartalsprofil
11302*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	KA	14	Nur Quartalsprofil
11303*	Erneute Beurteilung und Befundung von vor mindestens 4 Jahren erhobenen Rohdaten genetischer Analysen	KA	18	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
11601*	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1 und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	KA	17	Nur Quartalsprofil
12210*	Konsiliarpauschale	6	4	Nur Quartalsprofil
12215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
12222*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen im Abschnitt 32.2	KA	./.	Keine Eignung
12223*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen im Abschnitt 32.3	KA	./.	Keine Eignung
12224	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für vollständig weiterüberwiesene Auftragsleistungen	KA	./.	Keine Eignung
13210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	8	Nur Quartalsprofil
13211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13222	Zuschlag zur GOP 13220	KA	./.	Keine Eignung
13227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	KA	./.	Keine Eignung
13228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13250*	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	7	7	Nur Quartalsprofil
13251*	Belastungs-EKG	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13252*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Nur Quartalsprofil
13253*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13254*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13255*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13256*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13257*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
13258*	Allergologische Basisdiagnostik	3	3	Nur Quartalsprofil
13260*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypenentfernung(en)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13291	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13294	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13295	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13296	Zuschlag zur GOP 13294	KA	./.	Keine Eignung
13297	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292	KA	./.	Keine Eignung
13298	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13300*	Zusatzpauschale Angiologie	29	26	Nur Quartalsprofil
13301*	Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13310*	Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	4	4	Tages- und Quartalsprofil
13311*	Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13340	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13341	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13345	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13346	Zuschlag zur GOP 13344	KA	./.	Keine Eignung
13347	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342	KA	./.	Keine Eignung
13348	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13350*	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion	10	9	Nur Quartalsprofil
13360	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
13390	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
13391	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13395	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13396	Zuschlag zur GOP 13394	KA	./.	Keine Eignung
13397	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	KA	./.	Keine Eignung
13398	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13400*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
13401*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400	10	6	Tages- und Quartalsprofil
13402*	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Nr. 13400	9	7	Tages- und Quartalsprofil
13410*	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	10	9	Tages- und Quartalsprofil
13411*	Einsetzen einer Ösophagusprothese	32	29	Tages- und Quartalsprofil
13412*	Perkutane Gastrostomie	30	26	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13421*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
13422*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	23	18	Tages- und Quartalsprofil
13423*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13424*	Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13425*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
13426*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
13430*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	30	27	Tages- und Quartalsprofil
13431*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	50	44	Tages- und Quartalsprofil
13435*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13437*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13439*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13490	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13491	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	25	20	Nur Quartalsprofil
13494	Zuschlag für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13495	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13496	Zuschlag zur GOP 13494	KA	./.	Keine Eignung
13497	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492	KA	./.	Keine Eignung
13498	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13500*	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
13501*	Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation	13	12	Nur Quartalsprofil
13502*	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitätsadaptierte Therapie	13	12	Nur Quartalsprofil
13505*	Aderlass	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13507*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13540	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
13541	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13543	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13544	Zuschlag zur GOP 13543	KA	./.	Keine Eignung
13545*	Zusatzpauschale Kardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
13546	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13547	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	KA	./.	Keine Eignung
13548	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13551*	Elektrostimulation des Herzens	22	20	Tages- und Quartalsprofil
13552*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
13560*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13561*	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13571*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
13573*	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
13574*	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13575*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
13576*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
13577*	Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	KA	./.	Keine Eignung
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
13583*	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	6	4	Nur Quartalsprofil
13584*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	28	22	Nur Quartalsprofil
13585*	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	10	8	Nur Quartalsprofil
13586*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	31	25	Nur Quartalsprofil
13587*	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierete Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	10	8	Nur Quartalsprofil
13590	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13591	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
13594	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13595	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13596	Zuschlag zu der GOP 13594	KA	./.	Keine Eignung
13597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592	KA	./.	Keine Eignung
13598	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13600*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13601*	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13602*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
13610*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	17	14	Tages- und Quartalsprofil
13611*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
13612*	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
13620*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13621*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13622*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13641	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13644	Zuschlag für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13645	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13646	Zuschlag zur GOP 13644	KA	./.	Keine Eignung
13647	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	KA	./.	Keine Eignung
13648	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13650*	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	4	3	Nur Quartalsprofil
13651*	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	6	3	Tages- und Quartalsprofil
13652*	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650	KA	./.	Keine Eignung



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13660*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13661*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13662*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
13663*	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	8	7	Tages- und Quartalsprofil
13664*	Zuschlag Laservaporisation	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13670*	Thorakoskopie	50	38	Tages- und Quartalsprofil
13675*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13677*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13678*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13691	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	19	16	Nur Quartalsprofil
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13695	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	KA	./.	Keine Eignung
13697	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692	KA	./.	Keine Eignung
13698	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13700*	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
13701*	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
14215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
14216	Zuschlag zur GOP 14214	KA	./.	Keine Eignung
14217	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	KA	./.	Keine Eignung
14218	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
14221	Gruppenbehandlung	10	6	Tages- und Quartalsprofil
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
14240	Psychiatrische Betreuung	10	10	Nur Quartalsprofil
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	2	2	Tages- und Quartalsprofil
14311	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
14312	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
14313	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
14314	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
14320	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
14321	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
14330	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
14331*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
15210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
15211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	6	Nur Quartalsprofil
15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
15215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
15228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
15310*	Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke	3	3	Nur Quartalsprofil
15311*	Situationsmodell Kiefer	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15321*	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15322*	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	7	6	Tages- und Quartalsprofil
15323*	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	12	10	Tages- und Quartalsprofil
15324*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	4	4	Nur Quartalsprofil
15345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16214	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
16217	Zuschlag zur GOP 16215	KA	./.	Keine Eignung
16218	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	KA	./.	Keine Eignung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
16225	Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe	14	11	Tages- und Quartalsprofil
16228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
16231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	11	Nur Quartalsprofil
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
16310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
16311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
16371*	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	40	35	Nur Quartalsprofil
17210*	Konsiliarpauschale	7	5	Nur Quartalsprofil
17214*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	12	12	Tages- und Quartalsprofil
17215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
17228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
17310*	Teilkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17311*	Ganzkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17320*	Schilddrüsen-Szintigraphie	14	11	Nur Quartalsprofil
17321*	Radiojod-Zweiphasentest	20	17	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
17330*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	24	16	Tages- und Quartalsprofil
17331*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	15	9	Tages- und Quartalsprofil
17332*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	28	19	Tages- und Quartalsprofil
17333*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	16	10	Tages- und Quartalsprofil
17340*	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	18	11	Tages- und Quartalsprofil
17341*	Zuschlag bei Intervention	13	7	Tages- und Quartalsprofil
17350*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17351*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17360*	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
17361*	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	6	5	Tages- und Quartalsprofil
17362*	Zuschlag SPECT, Einkopf	KA	./.	Keine Eignung
17363*	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	KA	./.	Keine Eignung
17370*	Zusatzpauschale Radiojodtherapie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
17371*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	13	10	Tages- und Quartalsprofil
17372*	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	41	32	Tages- und Quartalsprofil
17373*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken	31	24	Tages- und Quartalsprofil
18210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	14	13	Nur Quartalsprofil
18211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	15	14	Nur Quartalsprofil
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	16	Nur Quartalsprofil
18215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
18222	Zuschlag zur GOP 18220	KA	./.	Keine Eignung
18227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	KA	./.	Keine Eignung
18228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
18310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
18320*	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	12	11	Nur Quartalsprofil
18330	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	10	9	Nur Quartalsprofil
18340	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalulcera	12	11	Nur Quartalsprofil
18700*	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Spondyloarthritis, Kollagenose, Myositis	19	17	Nur Quartalsprofil
19210*	Konsiliarpauschale	KA	5	Nur Quartalsprofil
19215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
19310*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19312*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen	KA	1	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren			
19313*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19314*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
19315*	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19317*	Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
19319	Zytologische Untersuchung von Urin	KA	1	Nur Quartalsprofil
19320*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19321*	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19322*	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19327*	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	KA	3	Nur Quartalsprofil
19328*	DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen sowie ggf. Genotypisierung	KA	1	Nur Quartalsprofil
19330*	Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19332*	Identifizierung von Zell- oder Gewebsstrukturen an morphologischem Untersuchungsgut	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19401*	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	KA	6	Nur Quartalsprofil
19402*	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	KA	14	Nur Quartalsprofil
19503*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr.	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom			
19504*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19505*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19506*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
20210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
20211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
20220	Zuschlag für die phoniatrich-pädaudiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
20222	Zuschlag zur GOP 20220	KA	./.	Keine Eignung
20227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	KA	./.	Keine Eignung
20228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
20310	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20311*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
20312*	Direkte Laryngoskopie beim Kind	20	15	Tages- und Quartalsprofil
20313*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
20314*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
20320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
20324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
20325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
20326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Tages- und Quartalsprofil
20333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
20334	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
20338	Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	55	44	Tages- und Quartalsprofil
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	37	30	Tages- und Quartalsprofil
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	24	19	Tages- und Quartalsprofil
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20350*	Pneumographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
20351*	Elektroglottographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20352*	Schallspektrographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20353*	Palatographie	8	7	Tages- und Quartalsprofil
20360*	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20361*	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20370*	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20371*	Eingangsdagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	40	35	Nur Quartalsprofil
20372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
20373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung	KA	10	Nur Quartalsprofil
20374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 bei Abstimmung mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination mit pädagogischen Einrichtungen	10	8	Tages- und Quartalsprofil
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
21211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21213	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21214	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
21216	Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
21217	Supportive psychiatrische Behandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21219	Zuschlag zur GOP 21218	KA	./.	Keine Eignung
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	7	Tages- und Quartalsprofil
21222	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21226	Zuschlag zur GOP 21225	KA	./.	Keine Eignung
21227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	KA	./.	Keine Eignung
21228	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	KA	./.	Keine Eignung
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
21231	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
21232	Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	14	14	Nur Quartalsprofil
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
21236	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
21237	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
21311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
21330*	Konvulsionsbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
22210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
22211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
22212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
22213	Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
22215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
22218	Zuschlag zur GOP 22216	KA	./.	Keine Eignung
22219	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	KA	./.	Keine Eignung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	8	Tages- und Quartalsprofil
22228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
22230	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
23210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
23211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
23212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
23214	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	KA	16	Nur Quartalsprofil
23215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
23218	Zuschlag zur GOP 23216	KA	./.	Keine Eignung
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
23228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
23229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
24210*	Konsiliarpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
24211*	Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
24212*	Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
24215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
24228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25	20	Nur Quartalsprofil
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	81	65	Nur Quartalsprofil
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	120	96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	20	16	Nur Quartalsprofil
25215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
25228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei gutartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei bösartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25230	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	nach strahlentherapeutischer Behandlung			
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
25322*	Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25323*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktischer Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	18	14	Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	89	71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25335*	Interstitielle LDR-Brachytherapie	160	128	Tages- und Quartalsprofil
25336*	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur LDR-Brachytherapie	22	18	Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA	49	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
25345*	Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
25348*	Bestrahlungsplanung IV	KA	./.	Keine Eignung
26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
26215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
26222	Zuschlag zur GOP 26220	KA	./.	Keine Eignung
26227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	KA	./.	Keine Eignung
26228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	16	13	Tages- und Quartalsprofil
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	7	5	Tages- und Quartalsprofil
26312*	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
26313*	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	15	12	Nur Quartalsprofil
26315*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
26316*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
26317*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
26320*	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26321*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)			
26322*	Einlegen einer Ureterverweilschiene	7	7	Tages- und Quartalsprofil
26323*	Wechsel einer Ureterverweilschiene	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26324*	Entfernung einer Ureterverweilschiene	2	2	Tages- und Quartalsprofil
26325*	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	8	7	Tages- und Quartalsprofil
26330*	Zusatzpauschale ESWL	47	35	Tages- und Quartalsprofil
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	3	3	Tages- und Quartalsprofil
26341*	Prostatabiopsie	11	9	Tages- und Quartalsprofil
26350	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26351	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26352	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	9	9	Tages- und Quartalsprofil
27210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
27211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
27212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
27215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
27222	Zuschlag zur GOP 27220	KA	./.	Keine Eignung
27227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	KA	./.	Keine Eignung
27228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
27310*	Ganzkörperstatus	8	7	Nur Quartalsprofil
27311*	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
27321*	Belastungs-EKG	7	6	Nur Quartalsprofil
27322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
27323*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
27324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27331*	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
27332*	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	30	30	Nur Quartalsprofil
27333*	Zuschlag für weitere Untersuchung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30100	Spezifische allergologische Anamnese	5	5	Nur Quartalsprofil
30110	Allergologiediagnostik I	3	2	Nur Quartalsprofil
30111	Allergologiediagnostik II	3	3	Nur Quartalsprofil
30120*	Rhinomanometrischer Provokationstest	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30121*	Subkutaner Provokationstest	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30122*	Bronchialer Provokationstest	10	8	Tages- und Quartalsprofil
30123*	Oraler Provokationstest	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30133	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30134	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
30200	Manualmedizinischer Eingriff	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30201	Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	15	12	Nur Quartalsprofil
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	6	4	Tages- und Quartalsprofil
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit	20	14	Tages- und Quartalsprofil
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	17	14	Tages- und Quartalsprofil
30300*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30301*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30310*	Indikationsstellung zu TTF	10	8	Nur Quartalsprofil
30311*	Zusatzpauschale TTF	17	14	Nur Quartalsprofil
30312*	Ausrichtung von TTF	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30320*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30321*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30322*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30323*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30326*	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30400*	Massagetherapie <sup>oo</sup>	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30401*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie <sup>oo</sup>	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30402*	Unterwassermassage <sup>oo</sup>	KA	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30410*	Atemgymnastik (Einzelbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30411*	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30420*	Krankengymnastik (Einzelbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) <sup>oo</sup>	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30430	Selektive Phototherapie	1	1	Nur Quartalsprofil
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30440*	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	11	8	Tages- und Quartalsprofil
30500*	Phlebologischer Basiskomplex	10	8	Nur Quartalsprofil
30501*	Verödung von Varizen	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30600*	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
30601*	Zuschlag für die Polypentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30610*	Hämorrhoiden-Sklerosierung	5	3	Tages- und Quartalsprofil
30611*	Hämorrhoiden-Ligatur	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30700*	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	22	18	Nur Quartalsprofil
30701	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	KA	./.	Keine Eignung
30702*	Zusatzpauschale Schmerztherapie	28	22	Nur Quartalsprofil
30703	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
30704*	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	17	13	Nur Quartalsprofil
30705	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
30706*	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	5	./.	Keine Eignung
30708*	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	10	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30710*	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30712*	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30720*	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30721*	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30722*	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30723*	Ganglionäre Opioid-Applikation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30724*	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30730*	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30731*	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30740*	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System)	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30750*	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30751*	Langzeitanalgospasmyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30760*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
30780	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
30781	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
30790*	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung	40	29	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	zur Behandlung mittels Körperakupunktur			
30791*	Durchführung einer Körperakupunktur	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30800*	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
30810	Erstverordnung Soziotherapie	KA	2	Nur Quartalsprofil
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30900*	Kardiorespiratorische Polygraphie	22	17	Tages- und Quartalsprofil
30901*	Kardiorespiratorische Polysomnographie	46	40	Tages- und Quartalsprofil
30902*	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	5	4	Nur Quartalsprofil
30905*	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	5	4	Nur Quartalsprofil
30920*	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30922*	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30924*	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30930	Testverfahren, neuropsychologische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30931	Probatorische Sitzung <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30932*	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30933*	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	KA	19	Tages- und Quartalsprofil
30934*	Erstellung eines Therapieplans	20	16	Tages- und Quartalsprofil
30935*	Bericht bei Therapieverlängerung	8	2	Tages- und Quartalsprofil
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	3	2	Nur Quartalsprofil
30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	2	2	Nur Quartalsprofil
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	7	5	Nur Quartalsprofil
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30954*	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	KA	./.	Keine Eignung
30956*	Nachweis der Koagulase und/ oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954	KA	./.	Keine Eignung
30980	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13	15	12	Nur Quartalsprofil
30981*	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13	10	8	Nur Quartalsprofil
30984*	Weiterführendes geriatrisches Assessment	58	46	Nur Quartalsprofil
30985*	Zuschlag zur GOP 30984	20	16	Nur Quartalsprofil
30986*	Zuschlag zur GOP 30985	10	8	Nur Quartalsprofil
30988	Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230, 21231 für die Einleitung und Koordination von Therapiemaßnahmen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments	5	4	Nur Quartalsprofil
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	25	19	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	25	21	Nur Quartalsprofil
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	27	22	Nur Quartalsprofil
31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	28	23	Nur Quartalsprofil
31020*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31021*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31022*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31023*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31024*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31025*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31026*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31027*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31028*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31029*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31030*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31031*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31032*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31033*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31034*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31035*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31036*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31037*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31038*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31039*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31040*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31041*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31042*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31043*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31044*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31045*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31046*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31047*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31048*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31049*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31050*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31051*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31052*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31053*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31054*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31055*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31056*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31057*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31058*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31059*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31060*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31061*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31062*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31063*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31064*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31065*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31066*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31067*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31068*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31069*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31070*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31071*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31072*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31073*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31074*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31075*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31076*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31077*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31078*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31079*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31080*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31081*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31082*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	83	Tages- und Quartalsprofil
31097*	Eingriff der Kategorie AA7	KA	120	Tages- und Quartalsprofil
31098*	Zuschlag zu den GOP 31096 und 31097	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
31101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	23	20	Tages- und Quartalsprofil
31102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	37	30	Tages- und Quartalsprofil
31103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	50	37	Tages- und Quartalsprofil
31104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31121*	Eingriff der Kategorie C1	22	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31122*	Eingriff der Kategorie C2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31123*	Eingriff der Kategorie C3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31124*	Eingriff der Kategorie C4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31125*	Eingriff der Kategorie C5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31126*	Eingriff der Kategorie C6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31127*	Eingriff der Kategorie C7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	119	72	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31167	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31181*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31182*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31183*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31184*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31185*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31186*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31187*	Kardiologischer Eingriff der Kategorie I7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31188*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31187	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	93	61	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31207	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31211*	Eingriff der Kategorie L1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31212*	Eingriff der Kategorie L2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31213*	Eingriff der Kategorie L3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31214*	Eingriff der Kategorie L4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31215*	Eingriff der Kategorie L5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31216*	Eingriff der Kategorie L6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31217*	Eingriff der Kategorie L7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	36	29	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	138	112	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	65	46	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	22	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	93	61	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
31351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	KA	31	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31362*	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	38	31	Tages- und Quartalsprofil
31364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
31401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
31451*	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
31452*	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
31453*	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung
31454*	Zuschlag IV	KA	./.	Keine Eignung
31455*	Zuschlag V	KA	./.	Keine Eignung
31456*	Zuschlag VI	KA	./.	Keine Eignung
31457*	Zuschlag VII	KA	./.	Keine Eignung
31501*	Postoperative Überwachung 1	5	5	Tages- und Quartalsprofil
31502*	Postoperative Überwachung 2	5	5	Tages- und Quartalsprofil
31503*	Postoperative Überwachung 3	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31504*	Postoperative Überwachung 4	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31505*	Postoperative Überwachung 5	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31506*	Postoperative Überwachung 6	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31507*	Postoperative Überwachung 7	25	25	Tages- und Quartalsprofil
31530*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung	1	1	Nur Quartalsprofil
31540*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31530 für die Überprüfung und/oder Unterhaltung eines zur Analgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters	2	2	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	10	9	Nur Quartalsprofil
31601	Postoperative Behandlung I/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31602*	Postoperative Behandlung I/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31608	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31609*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31610	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31611*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31612	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31613*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31614	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31615*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31616	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31617*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31618	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31619*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31620	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31621*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31622	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31623*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31624	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31625*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31626	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3a	19	19	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31627*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31628	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31629*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31630	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31631*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31632	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31633*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31634	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31635*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31636	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31637*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31643	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31644*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31645	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31646*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31647	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31648*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31649	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31650*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31656	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31657*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31658	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a	20	20	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31659*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b	16	16	Nur Quartalsprofil
31660	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31661*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b	20	20	Nur Quartalsprofil
31662	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4a	30	30	Nur Quartalsprofil
31663*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4b	26	26	Nur Quartalsprofil
31669	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31670*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31671	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31672*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31673	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31674*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31675	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31676*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31682	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31683*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31684	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31685*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31686	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31687*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31688	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31689*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31695	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a	10	10	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31696*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31697	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a	18	18	Nur Quartalsprofil
31698*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b	13	13	Nur Quartalsprofil
31699	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31700*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3b	19	19	Nur Quartalsprofil
31701	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4a	28	28	Nur Quartalsprofil
31702*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31708	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31709*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31710	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31711*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31712	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31713*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31714	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31715*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31716	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1a	13	13	Nur Quartalsprofil
31717*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1b	8	8	Nur Quartalsprofil
31718	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	21	21	Nur Quartalsprofil
31719*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	17	17	Nur Quartalsprofil
31720	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3a	26	26	Nur Quartalsprofil
31721*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3b	21	21	Nur Quartalsprofil
31722	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4a	29	29	Nur Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31723*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31724	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1a	7	7	Nur Quartalsprofil
31725*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1b	3	3	Nur Quartalsprofil
31726	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2a	7	7	Nur Quartalsprofil
31727*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2b	3	3	Nur Quartalsprofil
31728	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3a	10	10	Nur Quartalsprofil
31729*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3b	6	6	Nur Quartalsprofil
31730	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4a	13	13	Nur Quartalsprofil
31731*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4b	9	9	Nur Quartalsprofil
31734	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur	35	26	Nur Quartalsprofil
31735*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur	11	8	Nur Quartalsprofil
31737	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur	21	21	Nur Quartalsprofil
31738*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur	11	11	Nur Quartalsprofil
31800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31801*	Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
31802*	Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
31820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
31822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
31823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
31824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
31825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
31826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
31827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
31828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	17	15	Tages- und Quartalsprofil
31840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
31841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
31900	Praktische Schulung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31910	Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31912	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31914	Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31920*	Kontraktionsmobilisierung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31930*	Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31932*	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31941	Abdrücke und Modelle I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31942	Abdrücke und Modelle II	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
31943	Abdrücke und Modelle III	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31944*	Abdrücke und Modelle IV	KA	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31945*	Abdrücke und Modelle V	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31946*	Abdrücke und Modelle VI	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
33000	Sonographie des Auges	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	3	3	Tages- und Quartalsprofil
33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33012	Schilddrüsen - Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33020*	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33021*	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33022*	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
33023*	Zuschlag TEE	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33030*	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	29	26	Tages- und Quartalsprofil
33031*	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33	29	Tages- und Quartalsprofil
33040	Sonographie der Thoraxorgane	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33041	Mamma - Sonographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33042	Abdominelle Sonographie	9	7	Tages- und Quartalsprofil
33043	Uro-Genital-Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33046	Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	5	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33051	Sonographie der Säuglings Hüften	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33060*	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33061*	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33062*	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33063*	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33064*	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
33070*	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	16	14	Tages- und Quartalsprofil
33071*	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33072*	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	13	11	Tages- und Quartalsprofil
33073*	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33074*	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	12	10	Tages- und Quartalsprofil
33075*	Zuschlag Farbduplex	KA	./.	Keine Eignung
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33080	Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	6	4	Tages- und Quartalsprofil
33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	8	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33105*	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	14	11	Tages- und Quartalsprofil
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	5	3	Tages- und Quartalsprofil
34223*	Myelographie(n)	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34233	Aufnahmen der Extremitäten	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34235*	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34236*	Kontrastuntersuchung eines Gelenks (nicht Schulter, Ellbogen, Hüfte, Knie)	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34237	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34238	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34242*	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34246*	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	6	5	Tages- und Quartalsprofil
34247*	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34248*	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms nach Sellink	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34250*	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34251*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34252*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	21	15	Tages- und Quartalsprofil
34255	Ausscheidungsurographie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34256*	Urethrozystographie oder Refluxzystogramm	15	11	Tages- und Quartalsprofil
34257*	Retrograde Pyelographie	24	17	Tages- und Quartalsprofil
34260*	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	9	7	Tages- und Quartalsprofil
34270	Mammographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34271	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270	14	12	Tages- und Quartalsprofil
34272	Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	4	4	Tages- und Quartalsprofil
34273	Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34274*	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34280	Durchleuchtung(en)	3	3	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34282	Schichtaufnahmen	8	5	Tages- und Quartalsprofil
34283*	Serienangiographie	25	22	Tages- und Quartalsprofil
34284*	Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße	18	16	Tages- und Quartalsprofil
34285*	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	9	8	Tages- und Quartalsprofil
34286*	Zuschlag Intervention	40	36	Tages- und Quartalsprofil
34287*	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34290*	Angiokardiographie	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	46	40	Nur Quartalsprofil
34292*	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	58	51	Nur Quartalsprofil
34293*	Lymphographie	24	21	Tages- und Quartalsprofil
34294*	Phlebographie	13	11	Tages- und Quartalsprofil
34295*	Zuschlag Computergestützte Analyse	1	0	Tages- und Quartalsprofil
34296*	Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes	22	20	Tages- und Quartalsprofil
34297*	Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34298*	Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	10	8	Nur Quartalsprofil
34310*	CT-Untersuchung des Neurocraniums	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34311*	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34312*	Zuschlag Intrathekale Kontrastmittelgabe	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34320*	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	11	8	Tages- und Quartalsprofil
34321*	CT-Untersuchung der Schädelbasis	11	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34322*	CT-Untersuchung der Halsweichteile	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34330*	CT-Untersuchung des Thorax	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34340*	CT-Untersuchung des Oberbauches	13	8	Tages- und Quartalsprofil
34341*	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34342*	CT-Untersuchung des Beckens	13	9	Tages- und Quartalsprofil
34343*	Zuschlag Vollständige zweite Serie	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34344*	Zuschlag Dynamische Serien	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34345*	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	7	4	Tages- und Quartalsprofil
34350*	CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34351*	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34360*	CT- gestützte Bestrahlungsplanung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34370*	CT-Koronarangiographie	18	12	Tages- und Quartalsprofil
34371	Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
34410*	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34411*	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34420*	MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34421*	MRT-Untersuchung der Schädelbasis	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34422*	MRT-Untersuchung der Halsweichteile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34430*	MRT-Untersuchung des Thorax	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34431*	MRT-Untersuchung der Mamma	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
34440*	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34441*	MRT-Untersuchung des Abdomens	14	9	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34442*	MRT-Untersuchung des Beckens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34450*	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34451*	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34452*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34460*	Bestrahlungsplanung MRT	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34470*	MRT-Angiographie der Hirngefäße	KA	./.	Keine Eignung
34475*	MRT-Angiographie der Halsgefäße	KA	./.	Keine Eignung
34480*	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	KA	./.	Keine Eignung
34485*	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	KA	./.	Keine Eignung
34486*	MRT-Angiographie von Venen	KA	./.	Keine Eignung
34489*	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	KA	./.	Keine Eignung
34490*	MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien	KA	./.	Keine Eignung
34492*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	KA	./.	Keine Eignung
34500*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	KA	18	Nur Quartalsprofil
34501*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	KA	24	Nur Quartalsprofil
34503*	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	22	20	Tages- und Quartalsprofil
34504*	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34505*	CT-gesteuerte Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34700*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	KA	29	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34701*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	KA	57	Nur Quartalsprofil
34702*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	KA	22	Nur Quartalsprofil
34703*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	KA	46	Nur Quartalsprofil
34704*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	29	Nur Quartalsprofil
34705*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	57	Nur Quartalsprofil
34706*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	22	Nur Quartalsprofil
34707*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	46	Nur Quartalsprofil
34720*	PSMA-PET des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan	KA	29	Nur Quartalsprofil
34721*	PSMA-PET/CT des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan	KA	57	Nur Quartalsprofil
34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35111*	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	26	26	Tages- und Quartalsprofil
35112*	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
35113*	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	10	5	Tages- und Quartalsprofil
35120*	Hypnose	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35130*	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)	23	23	Tages- und Quartalsprofil
35131*	Bericht an den Gutachter (LZT)	46	46	Tages- und Quartalsprofil
35140	Biographische Anamnese <sup>ooo</sup>	55	70	Tages- und Quartalsprofil
35141*	Vertiefte Exploration <sup>ooo</sup>	20	21	Tages- und Quartalsprofil
35142*	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	6	4	Tages- und Quartalsprofil
35150	Probatorische Sitzung <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde <sup>ooo</sup>	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35152*	Psychotherapeutische Akutbehandlung <sup>ooo</sup>	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35163	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35164	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35165	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35166	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35167	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35168	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35169	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35178	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35179	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35401*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35402*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35405*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35411*	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35412*	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35415*	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35421*	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35422*	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35425*	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35431*	Systemische Therapie (KZT 1, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35432*	Systemische Therapie (KZT 2, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35435*	Systemische Therapie (LZT, Einzelbehandlung) <sup>ooo</sup>	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35503*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35504*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35505*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35506*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35507*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35508*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35509*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35513*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35514*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35515*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35516*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35517*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35518*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35519*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35523*	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35524*	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35525*	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35526*	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35527*	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35528*	Analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35529*	Analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35533*	Analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35534*	Analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35535*	Analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35536*	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35537*	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35538*	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35539*	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35543*	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35544*	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35545*	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35546*	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35547*	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35548*	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35549*	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35553*	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35554*	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35555*	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35556*	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35557*	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35558*	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35559*	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35571*	Zuschlag Einzeltherapie	KA	./.	Keine Eignung
35572	Zuschlag Gruppentherapie	KA	./.	Keine Eignung
35573	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35591*	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35593*	Zuschlag KZT, 3 TN	KA	./.	Keine Eignung
35594*	Zuschlag KZT, 4 TN	KA	./.	Keine Eignung
35595*	Zuschlag KZT, 5 TN	KA	./.	Keine Eignung
35596*	Zuschlag KZT, 6 TN	KA	./.	Keine Eignung
35597*	Zuschlag KZT, 7 TN	KA	./.	Keine Eignung
35598*	Zuschlag KZT, 8 TN	KA	./.	Keine Eignung
35599*	Zuschlag KZT, 9 TN	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35600	Testverfahren, standardisierte	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35601	Testverfahren, psychometrische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35602	Verfahren, projektive	4	4	Tages- und Quartalsprofil
35703*	Systemische Therapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35704*	Systemische Therapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35705*	Systemische Therapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35706*	Systemische Therapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35707*	Systemische Therapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35708*	Systemische Therapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35709*	Systemische Therapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35713*	Systemische Therapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35714*	Systemische Therapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35715*	Systemische Therapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35716*	Systemische Therapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35717*	Systemische Therapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35718*	Systemische Therapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35719*	Systemische Therapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
36096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	79	Tages- und Quartalsprofil
36097*	Eingriff der Kategorie AA7	KA	116	Tages- und Quartalsprofil
36098*	Zuschlag zu den GOP 36096 und 36097	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
36101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	33	26	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36121*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36122*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36123*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36124*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36125*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36126*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36127*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	135	109	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	116	69	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36207	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36211*	Eingriff der Kategorie L1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36212*	Eingriff der Kategorie L2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36213*	Eingriff der Kategorie L3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36214*	Eingriff der Kategorie L4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36215*	Eingriff der Kategorie L5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36216*	Eingriff der Kategorie L6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36217*	Eingriff der Kategorie L7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36237	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36289*	Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36290*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen Nrn. 36321 bis 36327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach Nrn. 36331 bis 36337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	19	16	Tages- und Quartalsprofil



GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1 (Phakoemulsifikation)	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
36351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 (Phakoemulsifikation)	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
36358*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	63	44	Tages- und Quartalsprofil
36371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
36372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
36373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	28	Tages- und Quartalsprofil
36401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
36501*	Postoperative Überwachung 1	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36502*	Postoperative Überwachung 2	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36503*	Postoperative Überwachung 3	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36504*	Postoperative Überwachung 4	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36505*	Postoperative Überwachung 5	2	2	Tages- und Quartalsprofil
36506*	Postoperative Überwachung 6	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36507*	Postoperative Überwachung 7	3	3	Tages- und Quartalsprofil
36800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36801*	Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
36802*	Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
36820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
36821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
36822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
36823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
36824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
36825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
36826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
36827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
36828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36829*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie während eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
36841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
36861*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36867*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36881*	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie	KA	3	Nur Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36882*	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter	KA	12	Nur Quartalsprofil
36883*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
36884*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
37100	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37105	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37113	Zuschlag zur GOP 01413	KA	./.	Keine Eignung
37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der GOP 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt	KA	./.	Keine Eignung
37305	Zuschlag zu den GOPen 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
37306	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	KA	./.	Keine Eignung
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37318	Telefonische Beratung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
37320	Fallkonferenz	KA	./.	Keine Eignung
37400	Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
37500	Eingangssprechstunde	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37510	Differentialdiagnostische Abklärung	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37520*	Erstellung Gesamtbehandlungsplan	35	28	Nur Quartalsprofil
37525*	Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	35	28	Nur Quartalsprofil
37530*	Koordination der Versorgung	KA	./.	Keine Eignung
37535*	Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person	KA	./.	Keine Eignung
37550*	Fallbesprechung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37551*	Zuschlag zur GOP 37550	KA	./.	Keine Eignung
37570*	Zusatzpauschale Organisations- und Managementaufgaben/ Aufwände Netzverbund	KA	./.	Keine Eignung
37700*	Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37701*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der GOP 01410 oder 01413	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37704*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Schluckendoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
37705*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
37706*	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	KA	11	Nur Quartalsprofil
37710	Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C	13	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL	21	17	Nur Quartalsprofil
37714*	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt	KA	./.	Keine Eignung
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL	KA	./.	Keine Eignung
37800	Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Arzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM	12	10	Tages- und Quartalsprofil
37801	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800	10	8	Tages- und Quartalsprofil
37802	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL	KA	./.	Keine Eignung
37806*	Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL	17	14	Nur Quartalsprofil
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38200	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung

GOP <sup>1)</sup>	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten <sup>2)</sup>	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
38205	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung

## 4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32048	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten	III / 2007
32049	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Eosinophilenzählung	III / 2007
32080	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Prostataphosphatase	III / 2007
32088	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Glykierte Blut und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin	III / 2007
32093	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Quantitative Bestimmung Chymotrypsin	III / 2007
32098	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Trijodthyronin (T 3)	III / 2007
32099	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Thyroxin (T 4)	III / 2007
32100	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin (TBG), T3-uptake, oder Thyroxinbindungskapazität	III / 2007
32129	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, Rheumafaktor	III / 2007
32171	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Treponemen im Dunkelfeld und/oder mit Phasenkontrast	III / 2007
32239	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Aldolase	III / 2007
32241	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Leucin-Arylamidase (LAP)	III / 2007
32255	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Hydroxyprolin	III / 2007

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32256	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Lezithin	III / 2007
32266	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Magnesium	III / 2007
32275	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Gold im Serum	III / 2007
32276	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Kobalt	III / 2007
32282	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Zinn	III / 2007
32399	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, CA 549	III / 2007
32423	Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial	III / 2007
32424	Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors	III / 2007
32429	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline	IV / 2009
32436	Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, Alpha-1-Glykoprotein	III / 2007
32477	Immun(fixations)elektrophorese	IV / 2009
32534	Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen	III / 2007
32577	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz	III / 2007
32703	Antigennachweis Neisseria gonorrhoeae mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay	IV/2022
	Bestimmung von Biotin	II / 2008
	Bestimmung von Gamma-Interferon	II / 2008
	Bestimmung von Heat Shock Protein	II / 2008
	Bestimmung von Hyaluronsäure im Serum	II / 2008
	Bestimmung von Kryptophyrrol	II / 2008
	Bestimmung von Melanin im Urin	II / 2008
	Bestimmung von Melatonin	II / 2008
	Bestimmung von Molybdän	II / 2008
	Bestimmung von N-Acetyl-Glucoseaminidase (NAG)	II / 2008



GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
	Bestimmung von NK-Zell-Modulatorreste (oder NK-Zell-Funktionsanalyse, oder NK-Zell-Zytotoxizitätstest)	II / 2008
	Bestimmung von Orosomucoid-Typisierung	II / 2008
	Bestimmung von Oxidativer Stress (alle Untersuchungen im Rahmen des "oxidativen Stresses"), z. B. Glutathion, GPX, GSH oxidiert, Glutathion Reduktase, TAS/Total AntOX Schutz, Ubichinon Q 10, SOD/Superoxiddismutase, 8-OH-Deoxy-Guanosin, Malondialdehyd total 4-Hydrxynonenal, SAM/Adeonosyl-methionin, GST-alpha, GST-Theta, GST-pi, GSH intraz., AFMU/AF-3-Methyluracil, 1-Methylharnsäure	II / 2008
	Bestimmung von Taurin	II / 2008
34491	MRT-Angiographie einer Hand oder eines Fußes	IV / 2007
./.	MRT-Angiographie von Venen der oberen Extremität	IV / 2007
./.	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß als Kopieabdruck	I / 2008
./.	Respiratorische Biofeedback-Behandlung	IV/2015

## 5 Verzeichnis der im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme in den EBM zum Quartal	Ende des Erprobungsverfahrens
61090	Voruntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	II / 2021	26. Oktober 2023
61091	Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	II / 2021	26. Oktober 2023
61092	Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.7.2	II / 2021	26. Oktober 2023

## 6 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung in der nachfolgenden Tabelle berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich von den jeweils zugeordneten Fachgruppen entsprechend ihrer Bezeichnung in der ASV-RL berechnungsfähig. Sofern in der Tabelle Indikationen und sonstige Anforderungen genannt werden, sind die Gebührenordnungspositionen nur dann berechnungsfähig, wenn mindestens eine der genannten Indikationen vorliegt und alle Anforderungen erfüllt werden.
2. Sofern die im Anhang 6 aufgeführten Gebührenordnungspositionen aufgrund von Änderungen durch einen Beschluss des G-BA bei der Fachgruppenzuordnung und/oder den Indikationen und sonstigen Anforderungen von den Leistungsbeschreibungen in Abschnitt 1 und 2 der Anlage zur ASV-RL des G-BA abweichen, gelten bis zur entsprechenden Anpassung des Anhangs 6 EBM die vom G-BA getroffenen Regelungen hinsichtlich der zur Leistung berechtigten Fachgruppen, der Indikationen und sonstigen Anforderungen der Anlage zur ASV-RL.

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.1	50100	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Augenheilkunde	
50.1	50110 50111 50112	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Laboratoriumsmedizin	
50.4	50400	Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.4	50401	Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Innere Medizin und Rheumatologie	
50.5	50510	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50511	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50512	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie	
50.6	50600	Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
50.6	50601	Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	Durchführung als Überwachungskoloskopie.
50.7	50700	Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> </ul>	
51.1	51010	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Allgemeinchirurgie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms)</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Urologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Viszeralchirurgie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Neurologie	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen:	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose		
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie	
51.1	51011	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	



Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Thoraxchirurgie</li> <li>- Herzchirurgie</li> <li>- Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</li> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1. 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Neurochirurgie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Allgemein Chirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Augenheilkunde</li> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendchirurgie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
51.2	51020	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Allgemein Chirurgie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Urologie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Thoraxchirurgie</li> <li>- Herzchirurgie</li> <li>- Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Neurochirurgie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Allgemeinchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Augenheilkunde</li> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Rheumatologie</li> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Innere Medizin und Nephrologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie</li> <li>- Augenheilkunde</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendchirurgie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie</li> <li>- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> </ul>	
		Anlage 2 c) Hämophilie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> </ul>	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Neurologie</li> </ul>	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Rheumatologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie</li> </ul>	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herzchirurgie</li> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> </ul>	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	
51.2	51021	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Allgemeinchirurgie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> </ul>	



Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Neurochirurgie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> <li>- Allgemein Chirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Augenheilkunde</li> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Rheumatologie</li> <li>- Haut- und Geschlechtskrankheiten</li> <li>- Innere Medizin und Nephrologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie</li> <li>- Augenheilkunde</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendchirurgie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie</li> <li>- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> </ul>	
		Anlage 2 c) Hämophilie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie</li> </ul>	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> <li>- Neurologie</li> </ul>	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Rheumatologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie</li> </ul>	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</li> </ul>	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herzchirurgie</li> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Orthopädie und Unfallchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie</li> </ul>	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie</li> <li>- Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	
51.3	51030	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten</li> <li>- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten</li> <li>- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	



Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
51.3	51032	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
51.3	51033	Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
51.4	51040	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Strahlentherapie - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7 : Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8:	- Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Knochen- und Weichteiltumoren		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Strahlentherapie	
51.4	51041	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	



Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Pneumologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Thoraxchirurgie</li> <li>- Herzchirurgie</li> <li>- Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</li> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</li> <li>- Nuklearmedizin (Kernteam)</li> <li>- Strahlentherapie</li> <li>- Viszeralchirurgie</li> </ul>	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</li> <li>- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</li> <li>- Neurochirurgie</li> <li>- Neurologie</li> <li>- Strahlentherapie</li> </ul>	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie	
51.5	51050	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Augenheilkunde	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Augenheilkunde	

## 8 Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503

1. Der Gesamthöchstwert in Spalte 4 entspricht dem Höchstwert in Stunden für die Summe der gemäß Spalte 3 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
2. Für die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 nur berechnungsfähig, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

GOP	Prozedur	Berechnungsfähige GOP	Gesamthöchstwert (in Stunden)
02302 <sup>#</sup>	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern: Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage) oder Aspirationskürettage	01501 und 01502	2
02341	Punktion II: Ascites als Entlastungspunkt unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit	01500 und 01502	4
02342	Lumbalpunktion	01502	2
02344 <sup>#</sup>	Perkutane Biopsie: Perkutane Biopsie an Lymphknoten, mediastinal oder paraaortal	01501 und 01503	3
04421	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4

GOP	Prozedur	Berechnungs- fähige GOP	Gesamt- höchstwert (in Stunden)
13552	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4
34290	Angiokardiographie	01501 und 01503	4