



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 3. Quartal 2024

Arztgruppen-EBM

Psychotherapeut, ärztl./psycholog.

Inhaltsverzeichnis

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

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

| | | |
|--------|---|-----|
| II | Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen. . . | 30 |
| 1 | Allgemeine Gebührenordnungspositionen. | 30 |
| 1.1 | Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten. | 30 |
| 1.2 | Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst. | 32 |
| 1.3 | Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute. | 41 |
| 1.4 | Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebe spende. | 43 |
| 1.6 | Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien. | 55 |
| 2 | Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. | 69 |
| 2.1 | Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen. | 69 |
| 2.2 | Tuberkulintestung. | 70 |
| 2.3 | Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen. . . . | 71 |
| 2.5 | Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen. | 75 |
| III | Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen. | 77 |
| III.b | Fachärztlicher Versorgungsbereich. | 77 |
| 23 | Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen. | 77 |
| 23.1 | Präambel. | 77 |
| 23.2 | Psychotherapeutische Grundpauschalen. | 78 |
| 23.3 | Therapeutische Gebührenordnungsposition. | 80 |
| IV | Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . . | 81 |
| 30 | Spezielle Versorgungsbereiche. | 81 |
| 30.1 | Allergologie. | 81 |
| 30.1.1 | Allergologische Anamnese. | 82 |
| 30.1.2 | Allergie-Testungen. | 82 |
| 30.1.3 | Hyposensibilisierungsbehandlung. | 84 |
| 30.2 | Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie. | 86 |
| 30.2.1 | Manuelle Medizin. | 86 |
| 30.3 | Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien. | 86 |
| 30.3.1 | Neurophysiologische Übungsbehandlung. | 86 |
| 30.4 | Physikalische Therapie. | 88 |
| 30.7 | Schmerztherapie. | 91 |
| 30.7.1 | Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten | 94 |
| 30.7.2 | Andere schmerztherapeutische Behandlungen. | 98 |
| 30.8 | Soziotherapie. | 102 |
| 30.11 | Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. | 104 |
| 30.13 | Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung. | 107 |
| 32 | In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin. | 112 |
| 32.1 | Grundleistungen. | 114 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 32.2 | Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen. | 122 |
| 32.2.1 | Basisuntersuchungen. | 123 |
| 32.2.2 | Mikroskopische Untersuchungen. | 124 |
| 32.2.3 | Physikalische oder chemische Untersuchungen. | 125 |
| 32.2.4 | Gerinnungsuntersuchungen. | 128 |
| 32.2.5 | Funktions- und Komplexuntersuchungen. | 128 |
| 32.2.6 | Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen. . . | 130 |
| 32.2.7 | Mikrobiologische Untersuchungen. | 131 |
| 32.2.8 | Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen. . . . | 132 |
| 32.3 | Spezielle Untersuchungen. | 132 |
| 32.3.1 | Mikroskopische Untersuchungen. | 133 |
| 32.3.2 | Funktionsuntersuchungen. | 134 |
| 32.3.3 | Gerinnungsuntersuchungen. | 135 |
| 32.3.4 | Klinisch-chemische Untersuchungen. | 137 |
| 32.3.5 | Immunologische Untersuchungen. | 146 |
| 32.3.6 | Blutgruppenserologische Untersuchungen. | 151 |
| 32.3.7 | Infektionsimmunologische Untersuchungen. | 153 |
| 32.3.8 | Parasitologische Untersuchungen. | 158 |
| 32.3.9 | Mykologische Untersuchungen. | 159 |
| 32.3.10 | Bakteriologische Untersuchungen. | 160 |
| 32.3.11 | Virologische Untersuchungen. | 166 |
| 32.3.12 | Molekularbiologische Untersuchungen. | 167 |
| 32.3.14 | Molekulargenetische Untersuchungen. | 174 |
| 32.3.15 | Immungenetische Untersuchungen. | 176 |
| 32.3.15.1 | Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen. . . . | 176 |
| 32.3.15.2 | Allgemeine immungenetische Untersuchungen. | 178 |
| 33 | Ultraschalldiagnostik. | 181 |
| 35 | Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie. | 198 |
| 35.1 | Nicht antragspflichtige Leistungen. | 198 |
| 35.2 | Antragspflichtige Leistungen. | 210 |
| 35.2.1 | Einzeltherapien. | 213 |
| 35.2.2 | Gruppentherapien. | 221 |
| 35.2.3 | Zuschläge. | 229 |
| 35.2.3.1 | Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2. | 229 |
| 35.2.3.2 | Zuschläge für Kurzzeittherapie. | 230 |
| 35.3 | Psychodiagnostische Testverfahren. | 231 |
| 36 | Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich. | 233 |
| 36.1 | Präambel. | 234 |
| 36.6 | Belegärztlich konservativer Bereich. | 234 |
| 36.6.1 | Präambel. | 234 |
| 36.6.2 | Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen. | 235 |
| 37 | Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL und der AKI-RL. | 235 |
| 37.3 | Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä. | 235 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 37.4 | Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V | 240 |
| 37.5 | Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL). | 241 |
| 37.7 | Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL. | 244 |
| 38 | Delegationsfähige Leistungen. | 245 |
| 38.2 | Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern. | 245 |
| V | Kostenpauschalen. | 246 |
| 40 | Kostenpauschalen. | 246 |
| 40.1 | Präambel. | 246 |
| 40.3 | Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien. | 246 |
| 40.4 | Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/ oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax. | 248 |
| 40.5 | Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen. | 251 |
| 40.6 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen. | 253 |
| 40.7 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen. | 254 |
| 40.8 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe. | 254 |
| 40.9 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/ Hämooclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren. | 254 |
| 40.10 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide. | 255 |
| 40.11 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe. | 259 |
| 40.12 | Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe. | 260 |
| 40.13 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen. | 261 |
| 40.14 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren. | 261 |
| 40.16 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie- Screening. | 267 |
| 40.17 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie. | 267 |
| VI | Anhänge. | 269 |
| 1 | Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen. | 270 |
| 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. | 309 |
| 4 | Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen. | 421 |

| | | |
|---|---|-----|
| 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). | 424 |
| 8 | Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503. . | 457 |

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.

2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen

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

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

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

2.1.4 Berichtspflicht

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

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

35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

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

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

oder

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

zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

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

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

2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht

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

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

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen" (Anhang 1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen

(Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.

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

2.2 Persönliche Leistungserbringung

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

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

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

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

3 Definition der Abrechnungsbestimmungen

3.1 Behandlungsfall

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

3.2 Krankheitsfall

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

3.3 Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben

Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

3.4 Arztfall

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

3.5 Arztgruppenfall

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

3.6 Zyklusfall

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

3.7 Reproduktionsfall

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

3.8 Zeiträume/Definitionen

3.8.1 Kalenderjahr

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

3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag

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

3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen

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

3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen

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

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

3.8.5 Behandlungstag

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

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

3.8.6 Quartal

Unterteilung eines Kalenderjahres in 4 Kalendervierteljahre.

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

3.8.7 Der letzten vier Quartale

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

3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen

3.9.1 Je vollendete nn Minuten

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

3.9.2 Je Bein, je Sitzung

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

3.9.3 Je Extremität, je Sitzung

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

3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft

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

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

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

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

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

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

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

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

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

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

4.2.1 Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität

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

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

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

4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung

4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

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

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

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

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

Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.

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

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

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

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

4.3.3 Mindestkontakte

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

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

4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit

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

4.3.5 Altersgruppen

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

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag

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

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

4.3.5.1 Für Altersangaben gilt:

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

4.3.6 Labor

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

4.3.7 Operative Eingriffe

1. Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal: bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³. Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
4. Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition des Operateurs zu berechnen. Führen Ärzte gemäß Präambel 3.1 bzw. 4.1 die postoperative Behandlung durch, ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31600 zu berechnen.

4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung

In Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die gemäß der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden, können als Zuschlag zu den entsprechenden Grundpauschalen

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

4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung

4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung

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

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

4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung

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

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

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

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

4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens

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

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

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

4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte

4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall

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

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

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

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

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

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

4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Abrechnungsausschlüsse

4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.

4.4.2 Zuschlag

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

5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte

5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

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

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

In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, erfolgt der Aufschlag auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen auf Basis der um die

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

5.2 Kennzeichnungspflicht

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

5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen

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

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

6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

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

6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

7 Kosten

7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

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

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

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

7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausesgeländes 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
- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr

23,39 €
196 Punkte

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Nr. 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.
2. Bei der ersten persönlichen Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Die Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212 sind im organisierten Not(-fall)dienst zudem auch bei erster Inanspruchnahme im Rahmen einer Videosprechstunde entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall berechnungsfähig. Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall ist die Gebührenordnungsposition 01214, 01216 bzw. 01218 zu berechnen. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst die Gebührenordnungsposition 01205 oder 01207 berechnet, sind die Gebührenordnungspositionen 01214, 01216 und 01218 nur mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.
3. Neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig.
4. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen die Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01223, 01224 und 01226 nur berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.

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

geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) und/oder

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

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

5,37 €
45 Punkte

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

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

01207 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme 9,55 €
80 Punkte

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

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

- 01210 Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 14,32 €
120 Punkte
- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser
- oder
- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
 - Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),
- einmal im Behandlungsfall
- Neben der Gebührenordnungsposition 01210 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.*
- Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500 und 37510 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01212 berechnungsfähig.*
- 01212 Notfallpauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme 23,27 €
195 Punkte
- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages
 - ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.
- Obligater Leistungsinhalt*

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

oder

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

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

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

5,97 €
50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst

oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

01220 Reanimationskomplex

122,56 €

Obligater Leistungsinhalt

1027 Punkte

- Künstliche Beatmung und/oder extrathorakale Herzmassage

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 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

24,23 €

Obligater Leistungsinhalt

203 Punkte

- Koniotomie
und/oder
- Endotracheale Intubation(en)

Die Gebührenordnungsposition 01221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 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 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Elektrodefibrillation(en) und/oder - Elektrostimulation(en) des Herzens | 34,37 € 288 Punkte |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 05372 und 13551 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01222 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i> | | |
| 01223 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall | 15,28 € 128 Punkte |
| <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01223 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01223 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i> | | |
| 01224 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall | 23,27 € 195 Punkte |
| <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.</i> | | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 01224 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01226 berechnungsfähig.</i> | | |
| 01226 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, | 10,74 € 90 Punkte |

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute

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

01320 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind 10,98 €
92 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

Ärzte der in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die in den

arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

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

Die Gebührenordnungsposition 01320 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

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

- | | | |
|-------|--|-----------------------|
| 01321 | Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können | 18,97 € 159 Punkte |
|-------|--|-----------------------|

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

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

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

einmal im Arztgruppenfall

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

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

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

einmal im Arztgruppenfall

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

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

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

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

3. Die Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25, 26 und/oder 27 abzurechnen.
4. Bei durchgängiger Behandlung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V nach Ablauf des Versorgungszeitraumes der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist erneut eine Erstverordnung auszustellen.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01418 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
6. Die Gebührenordnungspositionen 01442, 01444 und 01450 können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Videodiensteanbieters für die Arztpraxis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
7. Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 und/oder 4 abzurechnen.
8. Die Gebührenordnungsposition 01474 kann ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.

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

25,30 €
212 Punkte

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

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

55,97 €
469 Punkte

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

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

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

- 01412 Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt 74,71 €
626 Punkte
- Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
oder
 - Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr
oder
 - Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume
oder
 - Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

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

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

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

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

- 01413 Besuch eines weiteren Kranken** in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal 12,65 €
106 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418

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

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

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

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

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

10,38 €
87 Punkte

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

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

65,16 €
546 Punkte

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

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

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

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

13,96 €
117 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01440 berechnungsfähig.

01418 **Besuch im organisierten Not(-fall)dienst** 92,85 €
778 Punkte

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

01422 **Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** 17,78 €
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** 18,38 €
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 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 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.

01430 Verwaltungskomplex

1,43 €

Obligater Leistungsinhalt

12 Punkte

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen

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

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.

01431 **Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 für ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte** 0,36 €
3 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 ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten

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

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

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

01435 **Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale** 10,50 €
88 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

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

01436 Konsultationspauschale

2,15 €
18 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

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

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

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

01442 Videofallkonferenz mit der / den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) 10,26 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 01442 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

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

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Erneute Einbestellung des Patienten,

je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz oder Videokonsilium

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01450 ist auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese das Videokonsilium mit einem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt initiieren.

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

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

7,64 €
64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

7,64 €
64 Punkte

- Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (Modul Agora)
oder
- Panikstörung (Modul Panik)
oder
- Soziale Phobien (Modul Sozial),
je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

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

01500 Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8 12,05 €
101 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung,
- Dauer 30 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalparameter,

einmal am Behandlungstag

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),

einmal am Behandlungstag

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

01502 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8, 8,35 €
70 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01502 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30326 berechnungsfähig.

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

12,77 €
107 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01503 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30326 berechnungsfähig.

1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
2. Zweitschriften und alle weiteren als der erste Ausdruck EDV-gespeicherter Dokumentationen von Berichten und Arztbriefen mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01602 sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. Die für Reproduktion und Versendung entstandenen Kosten können nach den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen geltend gemacht werden.
4. Bei Probenuntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 nicht berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungsposition 01640 ist von Vertragsärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen.
6. Die Gebührenordnungsposition 01650 kann ausschließlich von
 - Fachärzten im Gebiet Chirurgie,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Urologieberechnet werden.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 setzt voraus, dass
 - eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegt, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt, Konsiliarzahnarzt oder Konsiliarpsychotherapeuten eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegtoder

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

01600 Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

6,56 €
55 Punkte

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

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

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

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

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

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

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

12,89 €
108 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftliche Informationen zu
- Anamnese,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01611 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 1b der Rehabilitations-Richtlinie auch in

einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

- | | | |
|-------|---|-----------------------|
| 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 | 4,42 € 37 Punkte |
| 01615 | 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, einmal im Krankheitsfall | 3,58 € 30 Punkte |
| 01620 | Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50 <i>Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i> | 3,58 € 30 Punkte |
| 01621 | Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56 <i>Die Gebührenordnungsposition 01621 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i> | 5,25 € 44 Punkte |
| 01622 | Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65 | 9,91 € 83 Punkte |
| 01623 | Kurvorschlag des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach Muster 25 | 6,32 € 53 Punkte |
| 01624 | Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64 | 25,06 € 210 Punkte |
| 01626 | Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von - Cannabis in Form von getrockneten Blüten | 17,07 € 143 Punkte |

oder

- Cannabis in Form von Extrakten

oder

- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol

oder

- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,

einmal je Erstverordnung

Die Gebührenordnungsposition 01626 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

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

01630 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 4,65 €
39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

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

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

01640 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 9,55 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Krankheitsfall

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

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

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

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

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

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

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

- 01641 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für den Notfalldatensatz gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), einmal im Behandlungsfall** 0,48 €
4 Punkte

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01641 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

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

- 01642 **Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), 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** 1,79 €
15 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

einmalig je Versicherten

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

01670 Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums

13,13 €
110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beschreibung der medizinischen Fragestellung,
- Zusammenstellung und elektronische Übermittlung aller für die telekonsiliarische Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung relevanten Informationen,
- Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Arzt, Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten,

zweimal im Behandlungsfall

Die Beauftragung nach Nr. 7 des Abschnitts 1.6 ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01670 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 berechnungsfähig.

01671 Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung

15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 bzw. der entsprechenden Leistung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,

einmal im Arztgruppenfall

Die Durchführung des Telekonsiliums ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 01671 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01671 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.

01672 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung, 7,76 €
65 Punkte

je weitere vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im Arztgruppenfall

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

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

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

Obligatorer Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

Obligatorer Leistungsinhalt

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

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01682 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

- 01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 5,49 €
46 Punkte

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** 12,05 €
101 Punkte

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

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

- 01952 **Zuschlag im Zusammenhang mit den
Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für
das therapeutische Gespräch** 18,38 €
154 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
je vollendete 10 Minuten
- Die Gebührenordnungsposition 01952 ist höchstens viermal im
Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01952 ist am Behandlungstag nicht
neben der Gebührenordnungsposition 01960 berechnungsfähig.*
- 01953 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß
Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder
Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche
Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einem
Depotpräparat** 15,51 €
130 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- subkutane Applikation eines Depotpräparates
und/oder
- Betreuung im Rahmen der Nachsorge bei Behandlung mit einem
Depotpräparat,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Veranlassung klinischer Untersuchung(en),
je Behandlungswoche
- Neben der Gebührenordnungsposition 01953 sind
arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen
sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht
berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420,
01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann
neben der Gebührenordnungsposition 01953 berechnungsfähig,
wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit
der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen
von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis
nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben
Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953
berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen
chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem
Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich
ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit
der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen
von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis
nicht aufsuchen kann.*

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

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

- 01955 **Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten** 39,50 €
331 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Parenterale Diamorphinabgabe(n),
- Alkoholatemtest (Nr. 32148) vor jeder Diamorphinabgabe,
- Postexpositionelle Überwachung nach jeder Diamorphinabgabe,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe,

Fakultativer Leistungsinhalt

- zusätzliche Methadonsubstitution (Nr. 01950),

je Behandlungstag

Neben der Gebührenordnungsposition 01955 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der diamorphingestützten Behandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis/Einrichtung nicht aufsuchen kann.

Die Gebührenordnungsposition 01955 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01955 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949, 01950, 01953, 01960 und 32148 berechnungsfähig.

- 01956 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember,** 24,23 €
203 Punkte

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01956 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949 bis 01951 und 01953 berechnungsfähig.

01960 **Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung** 13,13 €
110 Punkte

Obligator 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** 8,00 €
67 Punkte

Obligator 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

19,69 €

165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS)

und/oder

- Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Malignom)

und/oder

- Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten

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 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.

2.2 Tuberkulintestung

02200 Tuberkulintestung

1,07 €

9 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux

oder

- Intrakutaner TINE-Test

oder

- Testung
 - kutan nach von Pirquet

oder

- perkutan nach Moro

oder

- mittels Pflaster (Hamburger-Test),

je Test

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

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

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

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

8,12 €
68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist 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

15,87 €
133 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

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

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 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

27,45 €
230 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss

und/oder

- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben

und/oder

- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

und/oder

- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle

und/oder

- Emmert-Plastik

und/oder

- Venae sectio

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.

02320 Einführung einer Magenverweilsonde

5,73 €
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.

02323 Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters

8,12 €
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.

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.

02510 Wärmetherapie

2,51 €

21 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mittels Packungen mit Paraffinen
und/oder
- Mittels Peloiden
und/oder
- Mittels Heißluft
und/oder
- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle
und/oder
- Mittels Mikrowelle
und/oder
- Mittels Hochfrequenzstrom
und/oder
- Mittels Infrarotbestrahlung
und/oder
- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt
pro cm²,
je Sitzung

02511 Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme

1,07 €

9 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

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

- 02512 **Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen** 2,15 €
18 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Elektrostimulation,
 - Festlegung der Reizparameter,
- je Sitzung

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen

23.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
 - Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
 - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde),
 - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche berechnet werden.
2. 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, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01436, 01442, 01444, 01450, 01471, 01500 bis 01503, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640 bis 01642, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten
 - unbeschadet der Regelungen gemäß 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, 37500, 37520, 37525, 37530, 37535, 37550, 37551, 37570, 37714 und 37720, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1,

- 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.11, 30.13, 36.6.2, 37.3, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 35 und 40.
4. [unbesetzt]
 5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
 6. Für Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sind außer den Gebührenordnungspositionen in diesem Kapitel nur die Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01442, 01444, 01450, 01471, 01474, 01600 bis 01602, 01611, 01615, 01620 bis 01622, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 30706, 37500, 37520, 37525, 37530, 37535, 37550, 37551, 37570, 37714 und 37720 und bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811, die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.11 sowie die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35 und 40 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.

23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen

Grundpauschale für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeuten für Erwachsene

Obligatorer 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,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

23210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

7,16 €
60 Punkte

| | |
|---|---------------------|
| 23211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr | 9,43 € 79 Punkte |
| 23212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres | 8,71 € 73 Punkte |

*Die Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436 und 23214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

| | |
|---|-----------------------|
| 23214 Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten gemäß der ersten Anmerkung | 34,97 € 293 Punkte |
|---|-----------------------|

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlichen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 oder 4, § 4 Abs. 2 oder 4 oder § 5 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 berechnungsfähig.

| | |
|--|--------------------|
| 23215 Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214, einmal im Behandlungsfall | 0,24 € 2 Punkte |
|--|--------------------|

Die Gebührenordnungsposition 23215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

- 23216 Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214, einmal im Behandlungsfall 20,29 €
170 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 23216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

- 23218 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23216,** einmal im Behandlungsfall 5,49 €
46 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 23218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

- 23228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 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 23228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 23228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

- 23229 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23214 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 23229 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 23229 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

23.3 Therapeutische Gebührenordnungsposition

- 23220 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung** 18,38 €
154 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,
Fakultativer Leistungsinhalt

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

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23220 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 Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. In diesem Fall ist die Gebührenordnungsposition 23220 höchstens 20-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212, 23214 und 23220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 23220 ist jeweils eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220.

Die Gebührenordnungsposition 23220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 30930 bis 30933, 35100, 35110, 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.

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

30.1 Allergologie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30133 und 30134 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1.1 und 30.1.2 können nur von
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden.
- 2. Die Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

30.1.1 Allergologische Anamnese

30100 Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung 7,76 €
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) 30,79 €
258 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Epikutan-Testung,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Krankheitsfall

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Prick-Testung,
und/oder
- Scratch-Testung

und/oder

- Reibtestung

und/oder

- Skarifikationstestung

und/oder

- Intrakutan-Testung

und/oder

- Konjunktivaler Provokationstest

und/oder

- Nasaler Provokationstest,
- Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

einmal im Krankheitsfall

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

30120 Rhinomanometrischer Provokationstest

7,88 €

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

19,33 €

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

88,43 €

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 Orale Provokationstest

17,07 €

Obligater Leistungsinhalt

143 Punkte

- Orale Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,
je Test

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

30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung**30130 Hyposensibilisierungsbehandlung**

12,17 €

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

9,55 €

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

7,40 €

Obligater Leistungsinhalt

62 Punkte

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

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

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

30134 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung

18,62 €

Obligater Leistungsinhalt

156 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 30134 ist nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung, nach Gabe der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe sowie nach Wiederaufnahme der

Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes jeweils einmal berechnungsfähig.

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

30.2 Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie

30.2.1 Manuelle Medizin

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

30200 Manualmedizinischer Eingriff

5,73 €

Obligater Leistungsinhalt

48 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30201 berechnungsfähig.

30201 Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule

8,47 €

Obligater Leistungsinhalt

71 Punkte

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall zweimal berechnungsfähig. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.

Die Gebührenordnungsposition 30201 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30200 berechnungsfähig.

30.3 Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien

30.3.1 Neurophysiologische Übungsbehandlung

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Neurochirurgie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können,
- berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)

10,38 €
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)

3,58 €
30 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
 - sensomotorisch und/oder
 - neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

30.4 Physikalische Therapie

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 Beschwerdebesserung angewandt wurden.

Die Einschränkung der körperlichen Aktivität über mindestens sechs Monate liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal stattgefunden hat.

30400 **Massagetherapie**

8,83 €

74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile

und/oder

- Manuelle Bindegewebsmassage

und/oder

- Periostmassage

und/oder

- Kolonmassage

und/oder

- Manuelle Lymphdrainage,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.

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

- 30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie,** 4,06 €
je Bein, je Sitzung 34 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: I70.20 und I70.21 Artherosklerose der Extremitätenarterien i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem, I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, I87.0- Postthrombotisches Syndrom, I87.2- Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher), I89.0- Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert, L97 Ulcus cruris venosum, M34.0 Progressive systemische Sklerose, Q27.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems, Q82.0- Hereditäres Lymphödem, T93.- Folgen von Verletzungen der unteren Extremität i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem.*
- Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30402 Unterwasserdruckstrahlmassage** 11,58 €
Obligater Leistungsinhalt 97 Punkte
- Unterwasserdruckstrahlmassage,
 - Wanneninhalt mindestens 400 l,
 - Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")
- Die Gebührenordnungsposition 30402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)** 8,83 €
Obligater Leistungsinhalt 74 Punkte
- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
 - Einzelbehandlung,
 - Dauer mindestens 15 Minuten
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken
- Die Gebührenordnungsposition 30410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*
- 30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)** 4,06 €
Obligater Leistungsinhalt 34 Punkte
- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
 - Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
 - Dauer mindestens 20 Minuten,
- je Teilnehmer

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

30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung) 11,22 €
94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

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

30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) 5,73 €
48 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Gruppenbehandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad,

je Teilnehmer und Sitzung

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

30.7 Schmerztherapie

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und/oder 30702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
2. Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert. Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben

der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.
4. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist eine Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
5. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass die Anforderungen an ein schmerztherapeutisches Zentrum sowie an den Vertragsarzt vollständig erfüllt sind:
 - Das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen
 - chronische muskuloskelettale Schmerzen
 - chronische Kopfschmerzen
 - Gesichtsschmerzen
 - Ischämieschmerzen
 - medikamenteninduzierte Schmerzen
 - neuropathische Schmerzen
 - sympathische Reflexdystrophien
 - somatoforme Schmerzstörungen
 - Tumorschmerzen
 - In einem schmerztherapeutischen Zentrum sind sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.
 - Der Vertragsarzt hat an mindestens zehn interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen nebst vorgestellten Patienten sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.

- Der Vertragsarzt hat mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen. Die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.
7. Die Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 sind nur von
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Innere Medizin,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Neurochirurgie,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

8. Werden die in der Grundpauschale 30700 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
9. Die Gebührenordnungspositionen 30780 und 30781 können ausschließlich von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

Die Gebührenordnungsposition 30700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

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

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

Die Gebührenordnungsposition 30701 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
 - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
 - Durchführung einer Schmerzanalyse,
 - Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
 - Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
 - Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
 - Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
 - Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen

und/oder

- Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
 - Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
 - Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,
 - Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

einmal im Behandlungsfall

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 30703 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

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

Die Gebührenordnungsposition 30704 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist. Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde

Ärzte oder Psychotherapeuten dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.

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

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

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

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

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

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist.

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

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

- 30780 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V**, 7,64 €
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,** 7,64 €
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 14,20 €
119 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 30 Minuten

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

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum)

oder

- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

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

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

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

30721 Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang 27,09 €
227 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,

- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

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

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

30722 Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang 23,75 €
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,
je Sitzung

11,93 €
100 Punkte

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

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

30724 Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia

23,75 €
199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

je Sitzung

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

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

30730 Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere

80,91 €
678 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

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

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

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

85,69 €
718 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Überwachung von bis zu 2 Stunden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums, je Sitzung

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

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

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

14,20 €
119 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Sitzung

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

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

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

- 30750 **Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie** zur 21,48 €
180 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Funktionskontrolle(n)
- Die Gebührenordnungsposition 30750 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 02120 und 05360 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 30750 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 30751 **Langzeitanalgospasmolyse mit Auffüllen einer implantierten Medikamentenpumpe zur intrathekalen Dauerapplikation von Baclofen über mindestens 8 Stunden** 23,75 €
199 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
 - Kontinuierliche Pulsoxymetrie
- Die Gebührenordnungsposition 30751 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 30751 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 30760 Dokumentierte **Überwachung im Anschluss** an die 28,64 €
240 Punkte
- Gebührenordnungsposition **30710** oder nach Eintritt des dokumentierten **vegetativen**, ggf. **sensiblen** Effektes im **Anschluss** an die Gebührenordnungspositionen **30721, 30722, 30724** und **30730**
- 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.*

30.8 Soziotherapie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 können nur von

- Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie,
 - Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie,
 - Psychologischen Psychotherapeuten,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- berechnet werden.

30800 Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers

8,00 €

Obligater Leistungsinhalt

67 Punkte

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 5 Therapieeinheiten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überweisung zu einem bezüglich der Soziotherapie verordnungsbefugten Leistungserbringer

30810 Erstverordnung Soziotherapie

20,05 €

Obligater Leistungsinhalt

168 Punkte

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden, einmal im Krankheitsfall

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

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

30811 Überprüfung der Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie

20,05 €

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.

30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen, abgerechnet werden.
2. Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen bzw. Therapiesitzungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30931, 30932 oder 30933 erfolgen. Die Durchführung, Aufzeichnung und Auswertung der Tests kann nicht während der probatorischen oder therapeutischen Sitzungen erfolgen. Entsprechend verlängert sich die Patienten-Kontaktzeit der Gebührenordnungspositionen 30931 und/oder 30932 und/oder 30933 um jeweils 5 Minuten je abgerechnete Gebührenordnungsposition 30930.
3. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 nur berechnungsfähig, wenn durch den behandelnden Arzt dargelegt wird, dass der Einsatz von Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie aufgrund eines über die Indikationsstellung für die Neuropsychologie hinausgehenden Krankheitsbildes indiziert ist und durch den Einsatz einer parallelen Behandlung mit Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie ein Heilungserfolg zu erzielen ist, der mit der neuropsychologischen Behandlung alleine nicht erreicht werden könnte.

4. Die Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung in Anlehnung an § 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.

30930 Krankheitspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren

4,65 €
39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung von Testverfahren zur krankheitsspezifischen neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Abs. 3 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Auswertung der Testverfahren,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30930 ist 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.

Die Gebührenordnungsposition 30930 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 30930 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 und 30702 berechnungsfähig.

30931 Probatorische Sitzung

84,61 €
709 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankheitspezifische neuropsychologische Diagnostik und spezifische Indikationsstellung vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fremdanamnese unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils 25 Minuten Dauer,

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 30931, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30931 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30931 beinhaltet nicht die Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der Gebührenordnungsposition 30930.

Die Gebührenordnungsposition 30931 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, 30932 und 30933 berechnungsfähig.

30932 Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30932 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 und 30931 berechnungsfähig.

30933 Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)

81,03 €
679 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Mindestens 2, höchstens 5 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten Dauer,

je Teilnehmer, je vollendete 100 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30933 ist am Behandlungstag höchstens zweimal je Teilnehmer berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30933 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 und 30931 berechnungsfähig.

30934 Erstellung eines Therapieplans

30,67 €

Obligator Leistungsinhalt

257 Punkte

- Erstellung eines Therapieplans gemäß § 5 Abs. 4 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30934 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355 und 04356 berechnungsfähig.

30935 Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

12,89 €

Obligator Leistungsinhalt

108 Punkte

- Bericht und Dokumentation der Therapieverlängerung im Einzelfall gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 5 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30935 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355 und 04356 berechnungsfähig.

30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM
 und in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
 berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 können nur von
 - Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie,

- Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die eine geriatrische Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V nachweisen können,
 - ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V
- berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
3. Die Gebührenordnungsposition 30984 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 erfolgt und eine Vorabklärung gemäß der Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 stattgefunden hat. In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt gemäß Nr. 2 zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments gemäß der Gebührenordnungsposition 03360 ergibt. In diesen Fällen ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 vorzunehmen.
 4. Die Gebührenordnungsposition 30988 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 30984 erbracht wurde. Die Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.
 5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:
 - Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres)
 - und
 - Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI:
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
 - Dysphagie,
 - Inkontinenz(en),
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.
8. Sofern ein Arzt die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, kann er abweichend von Nr. 3 für Patienten, die von ihm hausärztlich behandelt werden, ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung durchführen und abrechnen, sofern ein anderer Arzt gemäß Nr. 2 die Notwendigkeit bescheinigt. In diesem Fall ist für den mitbeurteilenden Arzt die Gebührenordnungsposition 30981 berechnungsfähig. Vom Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, ist die Gebührenordnungsposition 30980 berechnungsfähig.

30980 Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13

23,03 €
193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

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

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

15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt

gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13,

- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

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

30984 Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V

103,94 €
871 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Umfassendes geriatrisches Assessment (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf) jeweils in mindestens fünf Bereichen einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung,
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß § 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach § 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden,
- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen,
- Differentialdiagnostische und differentialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments,
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten,
- Dauer mindestens 60 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen,
- Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Arzt,
- Nachuntersuchungen,
- Einbindung von Neuropsychologen,

einmal im Krankheitsfall

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

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

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

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

- | | | |
|-------|--|-----------------------|
| 30985 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall | 38,07 € 319 Punkte |
| 30986 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall | 27,21 € 228 Punkte |
| 30988 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen gemäß multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß Gebührenordnungsposition 30984 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, - Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplan, nach Durchführung eines multiprofessionellen geriatrischen Assessments, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten, einmal im Krankheitsfall <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30988 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.</i> | 7,76 € 65 Punkte |

Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.
2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen berechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition und nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Gebührenordnungsposition abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Gebührenordnungspositionen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
6. "Ähnliche Untersuchungen" können nur dann berechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.
8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die

- Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.
9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition, soweit nichts anderes bestimmt ist.
 10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
 11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den Gebührenordnungspositionen nicht enthalten.
 12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
 13. In den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.
 14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat (gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).
 15. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mit. Dies gilt sinngemäß für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.
 16. In Anhang 4 zum EBM sind Laborleistungen aufgeführt, die nicht bzw. nicht mehr berechnungsfähig sind. Diese Leistungen sind auch nicht als "Ähnliche Untersuchungen" berechnungsfähig.
 17. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.

18. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

32.1 Grundleistungen

1. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird, vergütet.
Die Gebührenordnungsposition 32001 ist nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 wird der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 32001 in selektivvertraglichen Fällen im Quartal vergütet, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.
Die Wirtschaftlichkeit der von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 wird anhand des arztpraxispezifischen Fallwertes gemäß Nummer 2 in Form eines Wirtschaftlichkeitsfaktors nach den Nummern 4 und 5 berechnet.
Für die Ermittlung der arztpraxispezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 ist die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor gemäß den Nummern 4 und 5 zu multiplizieren.
2. Der arztpraxispezifische Fallwert wird - unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 - ermittelt als Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.
Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalls für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors zu berücksichtigen.
Bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

3. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nummer 2 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, sofern gemäß diesem Vertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 weiter als kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der kodierten Zusatznummer 88192 gegebenenfalls unter Angabe einer Kennnummer gemäß Nummer 6.
4. Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.
Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.
Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert.

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

| Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts | Arztgruppe | Unterer begrenzender Fallwert in Euro | Oberer begrenzender Fallwert in Euro |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 3 | Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte | 1,60 | 3,80 |
| 4 | Kinder- und Jugendmedizin | 0,90 | 2,40 |
| 7 | Chirurgie | 0,00 | 0,40 |
| 8 | Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 1,00 | 2,60 |
| 8 | Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen | 3,90 | 60,80 |

| Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts | Arztgruppe | Unterer begrenzender Fallwert in Euro | Oberer begrenzender Fallwert in Euro |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| | 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen | | |
| 9 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 0,10 | 0,80 |
| 10 | Dermatologie | 0,50 | 2,30 |
| 11 | Humangenetik | 0,00 | 2,80 |
| 13.2 | Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP | 1,20 | 4,60 |
| 13.3.1 | Innere Medizin, SP Angiologie | 0,20 | 2,00 |
| 13.3.2 | Innere Medizin, SP Endokrinologie | 12,60 | 71,70 |
| 13.3.3 | Innere Medizin, SP Gastroenterologie | 1,60 | 6,30 |
| 13.3.4 | Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie | 10,90 | 30,50 |
| 13.3.5 | Innere Medizin, SP Kardiologie | 0,30 | 1,50 |
| 13.3.6 | Innere Medizin, SP Nephrologie | 22,20 | 55,90 |
| 13.3.7 | Innere Medizin, SP Pneumologie | 0,80 | 5,20 |
| 13.3.8 | Innere Medizin, SP Rheumatologie | 8,40 | 35,30 |
| 16 | Neurologie, Neurochirurgie | 0,00 | 0,90 |
| 17 | Nuklearmedizin | 0,10 | 17,90 |
| 18 | Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie | 0,00 | 0,40 |
| 18 | Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen | 0,20 | 1,40 |
| 20 | Phoniatrie, Pädaudiologie | 0,00 | 0,40 |
| 21 | Psychiatrie | 0,00 | 0,30 |

| Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts | Arztgruppe | Unterer begrenzender Fallwert in Euro | Oberer begrenzender Fallwert in Euro |
|---|--|--|---|
| 26 | Urologie | 2,40 | 7,10 |
| 27 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | 0,00 | 0,30 |
| 30.7 | Schmerztherapie | 0,00 | 0,40 |

5. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall gemäß der Präambel Kapitel 4 Nr. 4 im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmen sich die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte und die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich der arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwert sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Für (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der begrenzenden Fallwerte sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 arztpraxisspezifisch wie folgt bestimmt: Die jeweilige Summe der Produkte aus der Anzahl der Arztfälle des Arztes in der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert, dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert sowie der arztgruppenspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 wird dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle der berechtigten Ärzte, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.

6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt.

Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

| Untersuchungsindikation | Kennnummer | Ausgenommene GOPen |
|--|-------------------|---|
| Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt | | 32125; 32779; 32816; 32880; 32881; 32882 |
| Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen 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; 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; |

| Untersuchungsindikation | Kenn- nummer | Ausgenommene GOPen |
|--|-----------------|---|
| | | 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; 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" | 32014 | 32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; |

| Untersuchungsindikation | Kenn- nummer | Ausgenommene GOPen |
|--|-------------------------|---|
| der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses | | 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 |
| 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, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen | 37 |
| 9 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 6 |
| 10 | Dermatologie | 10 |
| 11 | Humangenetik | 3 |
| 13.2 | Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP | 15 |
| 13.3.1 | Innere Medizin, SP Angiologie | 10 |
| 13.3.2 | Innere Medizin, SP Endokrinologie | 37 |
| 13.3.3 | Innere Medizin, SP Gastroenterologie | 15 |
| 13.3.4 | Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie | 23 |
| 13.3.5 | Innere Medizin, SP Kardiologie | 6 |
| 13.3.6 | Innere Medizin, SP Nephrologie | 37 |
| 13.3.7 | Innere Medizin, SP Pneumologie | 15 |
| 13.3.8 | Innere Medizin, SP Rheumatologie | 23 |

| Versicherten-, Grund- oder Kosiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts | Arztgruppe | Punkte |
|--|--|--------|
| 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

- 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.
- Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des

Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

32.2.1 Basisuntersuchungen

1. Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn ist nicht berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027,
je Untersuchung

| | | |
|-------|--|---------|
| 32025 | Glucose | 1,60 € |
| 32026 | TPZ (Thromboplastinzeit) | 4,70 € |
| 32027 | D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien) | 15,30 € |

Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.

Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32025 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32026 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32027 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32117 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32025 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|-----------------------------------|--------|
| 32030 | Orientierende Untersuchung | 0,50 € |
|-------|-----------------------------------|--------|

Obligater Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter
 - Reagenzträger
 - oder
 - Reagenzzubereitungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Apparative Auswertung,
- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig.

Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.

32031 **Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile** 0,25 €

32032 **Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung** (außer im Harn) 0,25 €

32033 **Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung** 0,50 €

Die Gebührenordnungsposition 32033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer **Messung oder Zellzählung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039,

je Untersuchung

32035 **Erythrozytenzählung** 0,25 €

32036 **Leukozytenzählung** 0,25 €

32037 **Thrombozytenzählung** 0,25 €

32038 **Hämoglobin** 0,25 €

32039 **Hämatokrit** 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 **immunologischer** Nachweis von **Albumin im Stuhl** 1,65 €

Die Gebührenordnungsposition 32041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40152 berechnungsfähig.

32042 Bestimmung der **Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit** 0,25 €

32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen

32045 **Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials 0,25 €

Obligater Leistungsinhalt

- Nativpräparat (z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden und Treponemen)

und/oder

- Nach einfacher Färbung (z. B. mit Methyleneblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,

- Dunkelfeld

Die Gebührenordnungsposition 32045 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01827 berechnungsfähig.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials **nach differenzierender Färbung**, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050, je Untersuchung

32046 **Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten** 0,40 €

32047 **Retikulozytenzählung** 0,40 €

32050 **Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials nach **Gram-Färbung** 0,40 €

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 2,05 €

Quantitative **Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten**, auch mittels trägergebundener (vorportionierter)

Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079
und 32081 bis 32087,
je Untersuchung

| | | |
|-------|----------------------------------|--------|
| 32056 | Gesamteiweiß | 0,25 € |
| 32057 | Glukose | 0,25 € |
| 32058 | Bilirubin gesamt | 0,25 € |
| 32059 | Bilirubin direkt | 0,40 € |
| 32060 | Cholesterin gesamt | 0,25 € |
| 32061 | HDL-Cholesterin | 0,25 € |
| 32062 | LDL-Cholesterin | 0,25 € |
| 32063 | Triglyceride | 0,25 € |
| 32064 | Harnsäure | 0,25 € |
| 32065 | Harnstoff | 0,25 € |
| 32066 | Kreatinin (Jaffé-Methode) | 0,25 € |
| 32067 | Kreatinin, enzymatisch | 0,40 € |
| 32068 | Alkalische Phosphatase | 0,25 € |
| 32069 | GOT | 0,25 € |
| 32070 | GPT | 0,25 € |
| 32071 | Gamma-GT | 0,25 € |
| 32072 | Alpha-Amylase | 0,40 € |
| 32073 | Lipase | 0,40 € |
| 32074 | Creatinkinase (CK) | 0,25 € |
| 32075 | LDH | 0,25 € |
| 32076 | GLDH | 0,40 € |
| 32077 | HBDH | 0,40 € |
| 32078 | Cholinesterase | 0,40 € |
| 32079 | Saure Phosphatase | 0,25 € |
| 32081 | Kalium | 0,25 € |
| 32082 | Calcium | 0,25 € |
| 32083 | Natrium | 0,25 € |
| 32084 | Chlorid | 0,25 € |
| 32085 | Eisen | 0,25 € |
| 32086 | Phosphor anorganisch | 0,40 € |
| 32087 | Lithium | 0,60 € |

Die Gebührenordnungspositionen 32060 bis 32063 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32071 und 32081 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32074 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32066 und 32067 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01930 und 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32057 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32025, 32125 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32057 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

- | | |
|--|---------|
| 32089 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32057, 32064, 32065 oder 32066 oder 32067, 32069, 32070, 32072 oder 32073, 32074, 32081, 32082 und 32083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Arztpraxis als Einzelbestimmung(en) , je Leistung | 0,80 € |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32089 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z. B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.</i> | |
| 32092 Quantitative Bestimmung CK-MB | 1,15 € |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32092 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i> | |
| 32094 Quantitative Bestimmung von HbA1c | 4,00 € |
| 32097 Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP , je Untersuchung | 19,40 € |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften berechnungsfähig.</i> | |
| 32101 Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH) , je Untersuchung | 3,00 € |

Quantitative **immunochemische Bestimmung im Serum**, gilt für die
Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106,
je Untersuchung

| | | |
|-------|--|--------|
| 32103 | Immunglobulin A (Gesamt-IgA) | 0,60 € |
| 32104 | Immunglobulin G (Gesamt-IgG) | 0,60 € |
| 32105 | Immunglobulin M (Gesamt-IgM) | 0,60 € |
| 32106 | Transferrin | 0,60 € |
| 32107 | Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung | 0,75 € |

32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchungen zur **Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117,
je Untersuchung

| | | |
|-------|---|--------|
| 32110 | Blutungszeit (standardisiert) | 0,75 € |
| 32111 | Rekalzifizierungszeit | 0,75 € |
| 32112 | Partielle Thromboplastinzeit (PTT) | 0,60 € |
| 32113 | Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma | 0,60 € |
| 32114 | Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut | 0,75 € |
| 32115 | Thrombingerinnungszeit (TZ) | 0,75 € |
| 32116 | Fibrinogenbestimmung | 0,75 € |
| 32117 | Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten (z. B. D-Dimere) | 4,60 € |

Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32116 beträgt 1,55 EURO.

Die Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32026 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32117 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32027 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

| | | |
|-------|---|--------|
| 32120 | Bestimmung von mindestens zwei der folgenden Parameter : Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender | 0,50 € |
|-------|---|--------|

Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt

Die Gebührenordnungsposition 32120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32122 und 32125 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32120 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

32121 **Mechanisierte Zählung** der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt 0,60 €

Die Gebührenordnungsposition 32121 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32051 und 32122 berechnungsfähig.

32122 **Vollständiger Blutstatus** mittels automatisierter Verfahren 1,10 €

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 Blutausriches 0,40 €

32124 Bestimmung der **endogenen Kreatininclearance** 0,80 €

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) 1,45 €

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 | 1,15 € |
| 32130 | Streptolysin O-Antikörper (Antistreptolysin) | 1,15 € |
| 32131 | Gesamt-IgM beim Neugeborenen | 2,15 € |
| 32132 | Schwangerschaftsnachweis | 1,30 € |
| 32133 | Mononucleose-Test | 2,05 € |
| 32134 | Myoglobin | 3,00 € |
| 32135 | Mikroalbuminurie-Nachweis | 1,55 € |
| 32136 | Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis | 1,85 € |

Die Gebührenordnungsposition 32134 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

Drogensuchtest unter Verwendung eines **vorgefertigten Reagenzträgers**, gilt für Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 je Substanz und/oder Substanzgruppe

| | | |
|-------|---------------------------------|--------|
| 32137 | Buprenorphinhydrochlorid | 3,05 € |
| 32140 | Amphetamin/Metamphetamin | 3,05 € |
| 32141 | Barbiturate | 3,05 € |
| 32142 | Benzodiazepine | 3,05 € |
| 32143 | Cannabinoide (THC) | 3,05 € |
| 32144 | Kokain | 3,05 € |
| 32145 | Methadon | 3,05 € |
| 32146 | Opiate (Morphin) | 3,05 € |
| 32147 | Phencyclidin (PCP) | 3,05 € |

Die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32292 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|---|--------|
| 32148 | Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch, im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses | 1,00 € |
|-------|---|--------|

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 EURO.

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 EURO.

Die Gebührenordnungsposition 32148 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig.

- 32150 Immunologischer Nachweis von **Troponin I und/oder Troponin T** auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung 11,25 €

Die Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32150 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als 3 Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.

Die Gebührenordnungsposition 32150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32074, 32092, 32134 und 32450 berechnungsfähig.

32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen

- 32151 **Kulturelle** bakteriologische und/oder mykologische **Untersuchung** 1,15 €

Obligater Leistungsinhalt

- Kulturelle bakteriologische Untersuchung und/oder
- Kulturelle mykologische Untersuchung,
- Verwendung eines
 - Standardnährbodens und/oder
 - Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z. B. Eintauchnährböden)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende Keimzahlschätzung(en),
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),
- Einfache Differenzierung(en) (z. B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)

Die Gebührenordnungsposition 32151 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32720 berechnungsfähig.

32152 Orientierender **Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen** bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr 2,55 €

32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen

32880 **Harnstreifentest gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit** 0,50 €

Erfolgt die Untersuchung nicht unmittelbar nach Gewinnung des Urins ist durch geeignete Lagerungs- und ggf. Transportbedingungen sicherzustellen, dass keine Verfälschungen des Analyseergebnisses auftreten können.

Die Gebührenordnungsposition 32880 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32881 **Bestimmung der Nüchternplasmaglukose gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** 0,25 €

Die Gebührenordnungsposition 32881 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32882 **Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride) gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** 1,00 €

Die Gebührenordnungsposition 32882 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekulopathologische 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 | Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase | 14,30 € |
| 32156 | Esterasereaktion | 5,60 € |
| 32157 | Peroxydasereaktion | 5,60 € |
| 32158 | PAS-Reaktion | 5,60 € |
| 32159 | Eisenfärbung | 8,40 € |
| 32160 | Saure Phosphatase | 5,60 € |
| 32161 | Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT) | 5,60 € |

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 | Knochenmark | 7,90 € |
| 32164 | Lymphknoten | 9,20 € |
| 32165 | Milz | 12,00 € |
| 32166 | Synovia | 5,80 € |
| 32167 | Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs | 6,40 € |
| 32168 | Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) des Knochenmarks einschl. der Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula | 15,30 € |

Die Gebührenordnungsposition 32168 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32159 berechnungsfähig.

| | | |
|---------------------------------------|--|---------|
| 32169 | Vergleichende hämatologische Begutachtung von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des Knochenmarks und des Blutes , einschl. Dokumentation | 15,30 € |
| 32170 | Mikroskopische Differenzierung von Haaren (Trichogramm) <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm) <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Färbung, auch mehrere Präparate, - Epilation | 5,60 € |
| 32172 | Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf Parasiten , z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, im gefärbten Blutaussstrich und/oder Dicken Tropfen Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182, je Untersuchung | 8,40 € |
| 32175 | Corynebakterienfärbung nach Neisser | 6,20 € |
| 32176 | Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien | 5,20 € |
| 32177 | Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien | 5,00 € |
| 32178 | Giemsa-Färbung auf Protozoen | 6,30 € |
| 32179 | Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien | 1,40 € |
| 32180 | Tuschepräparat auf Kryptokokken | 5,60 € |
| 32181 | Färbung mit Fluorochromen (z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß) auf Pilze | 3,30 € |
| 32182 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32185 bis 32187, je Untersuchung | 6,30 € |
| 32185 | Heidenhain-Färbung auf Protozoen | 9,80 € |
| 32186 | Trichrom-Färbung auf Protozoen | 7,90 € |
| 32187 | Silberfärbung auf Pneumozysten | 3,50 € |
| 32.3.2 Funktionsuntersuchungen | | |

- 32190 Physikalisch-morphologische **Untersuchung des Spermas** [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z. B. Papanicolaou)] 23,70 €

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 **Laktosetoleranz-Test** 4,10 €
- 32193 **D-Xylose-Test** 5,00 €
- 32194 **Pancreolauryl-Test** 9,00 €
- 32195 **Ähnliche Untersuchungen** (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung 5,00 €

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 **Inulin-Clearance** 11,20 €
- 32197 **Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance, ggf. inkl. Kreatinin-Clearance** 10,00 €
- 32198 **Ähnliche Untersuchungen**, unter Angabe der Art der Untersuchung 11,30 €

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.

32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen

- 32203 **Thrombelastogramm** 16,60 €

Untersuchung der **Gerinnungsfunktion** durch **Globaltests**, ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32205 bis 32208,

| | | |
|-------|--|---------|
| | je Untersuchung | |
| 32205 | Batroxobin-(Reptilase-)zeit | 16,80 € |
| 32206 | Aktiviertes Protein C-Resistenz (APC-Resistenz , APC-Ratio) | 15,60 € |
| 32207 | Lupus Antikoagulans (Lupusinhibitoren) | 13,90 € |
| 32208 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 19,20 € |
| | <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> | |
| | Quantitative Bestimmung von Einzelfaktoren des Gerinnungssystems , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32210 bis 32227, je Faktor | |
| 32210 | Antithrombin III | 11,40 € |
| 32211 | Plasminogen | 18,30 € |
| 32212 | Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte , z. B. D-Dimere | 17,80 € |
| 32213 | Faktor II | 18,80 € |
| 32214 | Faktor V | 18,40 € |
| 32215 | Faktor VII | 34,60 € |
| 32216 | Faktor VIII | 24,30 € |
| 32217 | Faktor VIII-assoziiertes Protein | 30,20 € |
| 32218 | Faktor IX | 24,10 € |
| 32219 | Faktor X | 29,10 € |
| 32220 | Faktor XI | 27,60 € |
| 32221 | Faktor XII | 27,60 € |
| 32222 | Faktor XIII | 25,90 € |
| 32223 | Protein C | 31,30 € |
| 32224 | Protein S | 31,30 € |
| 32225 | Plättchenfaktor 4 | 32,40 € |
| 32226 | C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH) | 27,20 € |
| 32227 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Faktors | 20,70 € |

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 **Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden**, z. B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt 33,20 €

32229 **Untersuchung der von -Willebrand-Faktor-Multimere** 75,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- 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 32236, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248, je Untersuchung

| | | |
|-------|---|---------|
| 32230 | Methämoglobin | 8,90 € |
| 32231 | Fruktose | 11,10 € |
| 32232 | Lactat | 6,90 € |
| 32233 | Ammoniak | 10,80 € |
| 32234 | Fluorid | 13,80 € |
| 32235 | Phenylalanin | 9,20 € |
| 32236 | Kreatin | 15,80 € |
| 32237 | Gesamteiweiß im Liquor oder Harn | 6,30 € |
| 32238 | Plasmaviskosität | 6,20 € |
| 32240 | Angiotensin-I-Converting Enzyme (ACE) | 15,30 € |
| 32242 | Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung | 18,50 € |
| 32243 | Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung | 11,80 € |
| 32244 | Osmolalität (apporative Bestimmung) | 8,10 € |
| 32245 | Gallensäuren | 16,10 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32246 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 10,20 € |
| 32248 | Magnesium | 1,40 € |
| | <i>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.</i> | |
| 32247 | Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status | 13,80 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut, - Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO₂), - Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO₂) | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO₂), - Messung oder Berechnung weiterer Kenngrößen in demselben Untersuchungsgang (z. B. Hämoglobin, Bicarbonat, Basenabweichung) | |
| | <i>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.</i> | |
| | <i>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.</i> | |
| | Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32250 bis 32254 und 32257 bis 32262, je Untersuchung | |
| 32250 | Spektralphotometrische Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut des Neugeborenen | 11,10 € |
| 32251 | Carboxyhämoglobin | 27,60 € |
| 32252 | Carnitin | 26,90 € |
| 32253 | Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden | 14,20 € |
| 32254 | Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin | 7,30 € |
| 32257 | Citronensäure/Citrat | 17,20 € |
| 32258 | Oxalsäure/Oxalat | 23,90 € |
| 32259 | Phosphohexose-Isomerase (PHI) | 14,60 € |
| 32260 | Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6P-DH) | 17,00 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32261 | Pyruvatkinase | 14,60 € |
| 32262 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 15,40 € |

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**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283, je Untersuchung

| | | |
|-------|---|---------|
| 32265 | Calcium im Harn | 3,10 € |
| 32267 | Zink | 12,30 € |
| 32268 | Nickel | 16,10 € |
| 32269 | Arsen | 16,10 € |
| 32270 | Aluminium | 12,30 € |
| 32271 | Blei | 13,80 € |
| 32272 | Cadmium | 9,90 € |
| 32273 | Chrom | 15,30 € |
| 32274 | Eisen im Harn | 19,20 € |
| 32277 | Kupfer im Harn oder Gewebe | 8,10 € |
| 32278 | Mangan | 12,30 € |
| 32279 | Quecksilber | 12,30 € |
| 32280 | Selen | 14,60 € |
| 32281 | Thallium | 13,70 € |
| 32283 | Spurenelemente unter Angabe der Art der Untersuchung | 9,70 € |

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283 beträgt 24,50 EURO.

Qualitativer **chromatographischer Nachweis** einer oder mehrerer Substanz(en), gilt für die Gebührenordnungspositionen 32290 bis 32294, je Untersuchungsgang

| | | |
|-------|--------------------|---------|
| 32290 | Aminosäuren | 17,90 € |
| 32291 | Porphyrine | 29,60 € |
| 32292 | Drogen | 20,30 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| | Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | |
| 32293 | Arzneimittel Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | 10,40 € |
| 32294 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32294 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Die Gebührenordnungsposition 32292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 berechnungsfähig.</i> | 19,70 € |
| | Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32300 bis 32313, je Untersuchungsgang | |
| 32300 | Katecholamine und/oder Metabolite | 27,00 € |
| 32301 | Serotonin und/oder Metabolite | 13,30 € |
| 32302 | Porphyrine | 15,40 € |
| 32303 | Porphobilinogen | 23,40 € |
| 32304 | Delta-Amino-Lävulinsäure | 24,50 € |
| 32305 | Arzneimittel (chromatographisch oder mit sonstigen Verfahren) Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | 17,30 € |
| 32306 | Vitamine Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | 22,30 € |
| 32307 | Drogen Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | 17,70 € |
| 32308 | Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin | 28,40 € |
| 32309 | Phenylalanin | 18,70 € |
| 32310 | Aminosäuren | 22,00 € |
| 32311 | Exogene Gifte Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) | 28,70 € |
| 32312 | Hämoglobine (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 32094) | 11,80 € |
| 32313 | Ähnliche Untersuchungen 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> | 20,90 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32314 | Bestimmung von Substanzen mittels DC, GC und/oder HPLC und anschließender Massenspektrometrie und EDV-Auswertung, je Körpermaterial unter Angabe der Art der Untersuchung | 51,90 € |
| 32315 | Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines ¹³C-Harnstoff-Atemtests nach der Nr. 02400, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z. B. chromatographisch), insgesamt <i>Die Gebührenordnungsposition 32315 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32706 berechnungsfähig.</i> | 12,00 € |
| 32316 | Vollständige chemische Analyse zur Differenzierung eines Steins <i>Die Gebührenordnungsposition 32316 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32317 berechnungsfähig.</i> | 10,30 € |
| 32317 | Analyse zur Differenzierung eines Steins in seinen verschiedenen Schichtungen mittels Infrarot-Spektrographie <i>Die Gebührenordnungsposition 32317 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32316 berechnungsfähig.</i> | 20,30 € |
| 32318 | Quantitative Bestimmung von Homocystein Quantitative Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32320 und 32321, je Untersuchung | 15,00 € |
| 32320 | Freies Thyroxin (ft4) | 3,70 € |
| 32321 | Freies Trijodthyronin (ft3) | 3,70 € |
| | Quantitative Bestimmung , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32323 bis 32325, je Untersuchung | |
| 32323 | Digoxin | 6,30 € |
| 32324 | Carcinoembryonales Antigen (CEA) | 3,80 € |
| 32325 | Ferritin <i>Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.</i> | 4,20 € |
| | Quantitative Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337, je Untersuchung | |

| | | |
|-------|---|---------|
| 32330 | Amphetamine | 7,70 € |
| 32331 | Barbiturate | 8,80 € |
| 32332 | Benzodiazepine | 7,10 € |
| 32333 | Cannabinoide | 7,50 € |
| 32334 | Kokain | 7,70 € |
| 32335 | Methadon | 8,90 € |
| 32336 | Opiate | 7,50 € |
| 32337 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 9,50 € |
| | <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32337 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i> | |
| | <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337 beträgt 24,10 EURO.</i> | |
| | Quantitative Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32340 bis 32346, je Untersuchung | |
| 32340 | Antiarrhythmika | 14,90 € |
| 32341 | Antibiotika | 17,70 € |
| 32342 | Antiepileptika | 8,60 € |
| 32343 | Digitoxin | 7,20 € |
| 32344 | Zytostatika , z. B. Methotrexat | 23,90 € |
| 32345 | Theophyllin | 10,70 € |
| 32346 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 14,60 € |
| | <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32346 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i> | |
| | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361, je Untersuchung | |
| 32350 | Alpha-Fetoprotein (AFP) | 6,40 € |
| 32351 | Prostata-spezifisches Antigen (PSA) oder freies PSA | 4,80 € |
| 32352 | Choriongonadotropin (HCG und/oder β-HCG) | 6,10 € |
| 32353 | Follitropin (FSH) | 4,50 € |
| 32354 | Lutropin (LH) | 4,90 € |
| 32355 | Prolaktin | 4,60 € |
| 32356 | Östradiol | 4,60 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32357 | Progesteron | 3,80 € |
| 32358 | Testosteron und/oder freies Testosteron | 5,00 € |
| 32359 | Insulin | 6,40 € |
| 32360 | Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG) | 11,90 € |
| 32361 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 8,10 € |

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.

Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32350 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01783 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung frühestens ab der 24. SSW + 0 Tage, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363,

je Untersuchung

| | | |
|-------|-------------------------------|---------|
| 32362 | PIGF | 19,40 € |
| 32363 | sFlt-1/PIGF-Quotienten | 62,25 € |

Der Befundbericht muss innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang übermittelt sein.

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 | C-Peptid | 14,70 € |
|-------|-----------------|---------|

| | | |
|-------|--|---------|
| 32366 | Gastrin | 11,70 € |
| 32367 | Cortisol | 6,20 € |
| 32368 | 17-Hydroxy-Progesteron | 9,40 € |
| 32369 | Dehydroepiandrosteron (DHEA) und/oder -sulfat (DHEA-S) | 6,90 € |
| 32370 | Wachstumshormon (HGH), Somatotropin (STH) | 10,20 € |
| 32371 | Insulin-like growth factor I (IGF-I) bzw. Somatomedin C (SM-C) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 (IGFBP-3) | 33,70 € |
| 32372 | Folsäure | 5,40 € |
| 32373 | Vitamin B 12 | 4,20 € |
| 32374 | Cyclosporin | 29,60 € |
| 32375 | Trypsin | 24,60 € |
| 32376 | β2-Mikroglobulin | 10,90 € |
| 32377 | Pankreas-Elastase | 22,50 € |
| 32378 | Neopterin | 18,50 € |
| 32379 | Tacrolimus (FK 506) | 31,90 € |
| 32380 | Eosinophiles kationisches Protein (ECP) | 21,60 € |
| 32381 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 15,90 € |

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 | Aldosteron | 11,70 € |
| 32386 | Renin | 31,30 € |
| 32387 | Androstendion | 12,80 € |
| 32388 | Corticosteron | 53,70 € |
| 32389 | 11-Desoxycortisol | 22,10 € |

| | | |
|-------|---|---------|
| 32390 | CA 125 und/oder HE 4 | 10,60 € |
| 32391 | CA 15-3 | 8,70 € |
| 32392 | CA 19-9 | 9,20 € |
| 32393 | CA 50 | 29,20 € |
| 32394 | CA 72-4 (TAG 72) | 22,70 € |
| 32395 | Neuronenspezifische Enolase (NSE) | 15,50 € |
| 32396 | Squamous cell carcinoma Antigen (SCC) | 15,90 € |
| 32397 | Tissue Polypeptide Antigen (TPA, TPS) | 24,40 € |
| 32398 | Mucin-like cancer associated antigen (MCA) | 33,20 € |
| 32400 | Cytokeratin-19-Fragmente (CYFRA 21-1) | 24,20 € |
| 32401 | Dihydrotestosteron | 16,10 € |
| 32402 | Erythropoetin | 25,10 € |
| 32403 | Pyridinolin, Desoxypyridinolin und/oder Typ I-Kollagen-Telopeptide | 18,90 € |
| 32404 | Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder Typ I-Prokollagen-Propeptide | 20,50 € |
| 32405 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 22,80 € |

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 | Calcitonin | 14,90 € |
| 32411 | Intaktes Parathormon | 14,80 € |
| 32412 | Corticotropin (ACTH) | 14,50 € |
| 32413 | 25-Hydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D) | 18,40 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32414 | Osteocalcin | 23,90 € |
| 32415 | Antidiuretisches Hormon (ADH , Vasopressin) | 24,00 € |
| 32416 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 24,90 € |

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 | Thyreoglobulin , einschl. Bestätigungstest | 17,40 € |
| 32421 | 1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D3) | 33,80 € |

32.3.5 Immunologische Untersuchungen

| | | |
|-------|---|--------|
| 32426 | Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE | 4,60 € |
| 32427 | Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen (Allergene oder Allergengemische), je Ansatz | 7,10 € |

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 | Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation , je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins | 6,40 € |
|-------|---|--------|

Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32430 beträgt 16,80 EURO.

Quantitative Bestimmung von **humanen Proteinen** oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32455,

je Untersuchung

| | | |
|-------|---|---------|
| 32435 | Albumin | 3,40 € |
| 32437 | Alpha-1-Mikroglobulin | 8,40 € |
| 32438 | Alpha-1-Antitrypsin (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi) | 10,70 € |
| 32439 | Alpha-2-Makroglobulin | 10,20 € |
| 32440 | Coeruloplasmin | 11,20 € |
| 32441 | Haptoglobin | 7,30 € |
| 32442 | Hämopexin | 11,50 € |
| 32443 | Komplementfaktor C 3 | 7,80 € |
| 32444 | Komplementfaktor C 4 | 7,50 € |
| 32445 | Immunglobulin D (IgD) | 11,60 € |
| 32446 | Freie Kappa-Ketten | 12,60 € |
| 32447 | Freie Lambda-Ketten | 12,50 € |
| 32448 | Immunglobulin A, G oder M im Liquor | 8,50 € |
| 32449 | Immunglobulin G im Harn | 5,50 € |
| 32450 | Myoglobin | 10,80 € |
| 32451 | Apolipoprotein A-I | 9,50 € |
| 32452 | Apolipoprotein B | 9,60 € |
| 32453 | Granulozyten-(PMN -)Elastase | 14,40 € |
| 32454 | Lysozym | 10,60 € |
| 32455 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 8,90 € |

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.

Die Gebührenordnungsposition 32450 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|--|---------|
| 32456 | Quantitative Bestimmung des Lipoproteins(a) | 11,90 € |
|-------|--|---------|

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32456 beträgt 33,40 EURO.

| | | |
|-------|---|---------|
| 32457 | Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß, einmal im Behandlungsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 32457 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01737 und 01738 berechnungsfähig.</i> Quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32459 bis 32461, je Untersuchung | 6,21 € |
| 32459 | Procalcitonin (PCT) | 9,60 € |
| 32460 | C-reaktives Protein (CRP) | 4,90 € |
| 32461 | Rheumafaktor (RF) | 4,20 € |
| 32462 | Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse | 23,40 € |
| 32463 | Quantitative Bestimmung von Cystatin C bei einer GFR von 40 bis 80 ml/(Minute/1,73 m ²) (berechnet nach der MDRD- oder CKD-EPI-Formel), sowie in begründeten Einzelfällen bei Sammelschwierigkeiten | 9,70 € |
| | Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32465 bis 32475, <i>Obligatorer 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 | Oligoklonale Banden im Liquor und im Serum | 24,90 € |
| 32466 | Harnproteine | 18,00 € |
| 32467 | Lipoproteine , einschl. Polyanionenpräzipitation | 21,20 € |
| 32468 | Hämoglobine (außer glykierte Hämoglobine nach der Nr. 32094) | 21,90 € |
| 32469 | Isoenzyme der Alkalischen Phosphatase (AP) | 21,40 € |
| 32470 | Isoenzyme der Creatinkinase (CK) | 21,60 € |
| 32471 | Isoenzyme der Lactatdehydrogenase (LDH) | 20,90 € |
| 32472 | Alpha-1-Antitrypsin , Phänotypisierung | 33,00 € |

| | | |
|-------|---|---------|
| 32473 | Acetylcholinesterase (AChE) im Fruchtwasser | 14,00 € |
| 32474 | Proteine in Punktaten | 8,10 € |
| 32475 | Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32107) unter Angabe der Art der Untersuchung | 7,20 € |
| | <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 humanen Proteinen durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren mit Antigentransfer und anschließender Immunreaktion (Immunoblot), je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung | 25,00 € |
| | <i>Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32476 berechnungsfähig.</i> | |
| 32478 | Immunfixationselektrophorese | 20,00 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Immunfixationselektrophorese mit mindestens vier Antiseren und/oder | |
| | - Immunelektrophorese mit mindestens vier Antiseren, | |
| | - Bei Dys- und Paraproteinämie | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Isoelektrische Fokussierung oder ähnliche Verfahren, | |
| | - Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Gebührenordnungsposition 32107 | |
| 32479 | Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Gliadin-Antikörpern mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay, je IgG und IgA | 14,70 € |
| 32480 | Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern , je Untersuchung | 18,65 € |
| | Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505, | |
| 32489 | Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid (Anti-CCP-AK), einmal im Krankheitsfall | 11,20 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32490 | Antinukleäre Antikörper (ANA) als Suchtest | 7,30 € |
| 32491 | Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS (anti-ds-DNS) | 10,40 € |
| 32492 | Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene , z. B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper | 9,50 € |
| 32493 | Antikörper gegen Zentromerantigene , z. B. CENP-B-Antikörper | 9,00 € |
| 32494 | Antimitochondriale Antikörper (AMA), auch Subtypen, z. B. AMA-M2 | 6,00 € |
| 32495 | Leberspezifische Antikörper, z. B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen (LKM-Antikörper), lösliches Leberantigen (SLA-Antikörper), Asialoglykoprotein Rezeptor (ASGPR-Antikörper) | 12,30 € |
| 32496 | Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (ANCA), z. B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper) | 10,10 € |
| 32497 | Antikörper gegen glatte Muskulatur | 14,90 € |
| 32498 | Herzmuskel-Antikörper | 14,80 € |
| 32499 | Antikörper gegen Skelettmuskulatur | 9,10 € |
| 32500 | Antikörper gegen Inselzellen , z. B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA) | 12,50 € |
| 32501 | Insulin-Antikörper | 12,40 € |
| 32502 | Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin, einmal im Behandlungsfall | 7,50 € |
| 32503 | Phospholipid-Antikörper , z. B. Cardiolipin-Antikörper | 7,30 € |
| 32504 | Thrombozyten-Antikörper | 28,70 € |
| 32505 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antikörpers | 9,50 € |
| | <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 | Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test) zum Nachweis von spermiengebundenen Antikörpern | 7,40 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32506 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32507 berechnungsfähig.</i> | |
| 32507 | Nachweis von Antikörpern gegen Spermien , ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt | 17,10 € |

Die Gebührenordnungsposition 32507 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32506 berechnungsfähig.

32508 Quantitative Bestimmung von **TSH-Rezeptor-Antikörpern**,
einmal im Behandlungsfall 10,30 €

32509 Quantitative Bestimmung von **Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern** 41,80 €

32510 **Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen**
als vorbereitende Untersuchung 10,40 €

Die Gebührenordnungsposition 32510 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 19430 berechnungsfähig.

Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527, je Untersuchung

32520 **B-Lymphozyten** 8,90 €

32521 **T-Lymphozyten** 7,40 €

32522 **CD4-T-Zellen** 8,90 €

32523 **CD8-T-Zellen** 8,90 €

32524 **Natürliche Killerzellen** 8,90 €

32525 **Aktivierte T-Zellen** 8,90 €

32526 **Zytotoxische T-Zellen** 8,90 €

32527 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung 11,50 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

32532 **Lymphozyten-Transformations-Test(s)**, einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen (nicht zur Erregerdiagnostik), insgesamt 52,40 €

32533 Untersuchung der **Leukozytenfunktion**, auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z. B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt 25,60 €

32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen

32540 **Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D**
Obigater Leistungsinhalt

- Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D 9,60 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- A-Untergruppe,
- Serumeigenschaften

Die Gebührenordnungsposition 32540 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01804 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|---|---------|
| 32541 | Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mit agglutinierenden oder konglutinierenden Testseren , 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> | 6,90 € |
| 32542 | Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mittels Antiglobulintest (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> | 8,70 € |
| 32543 | Nachweis von Erythrozytenantikörpern im direkten Antiglobulintest mit zwei verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren | 8,70 € |
| 32544 | Nachweis von Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase , z. B. Kälteagglutinine | 6,40 € |
| 32545 | Antikörpersuchtest in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen <i>Die Gebührenordnungsposition 32545 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01807 berechnungsfähig.</i> | 7,30 € |
| 32546 | Antikörperdifferenzierung in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen <i>Die Gebührenordnungsposition 32546 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01808 berechnungsfähig.</i> | 20,60 € |
| | 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 | 14,40 € |
| 32551 | Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern | 19,20 € |
| 32552 | Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen | 10,70 € |

| | | |
|---|---|---------|
| 32553 | Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz | 13,80 € |
| 32554 | Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers | 8,00 € |
| 32555 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung | 8,70 € |
| | <i>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.</i> | |
| 32556 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) mit indirektem Antiglobulintest, je Konserve | 12,70 € |
| 32557 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32545 oder 32556 für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) zur Vermeidung von Interferenzen durch Daratumumab oder Isatuximab, je Untersuchung | 19,20 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32557 ist am Behandlungstag höchstens viermal berechnungsfähig.</i> | |
| 32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen | | |
| | Quantitative Bestimmung von Streptokokken-Antikörpern , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32560 bis 32563, je Untersuchung | |
| 32560 | Antistreptolysin O-Reaktion | 5,00 € |
| 32561 | Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase) | 11,70 € |
| 32562 | Antistreptokokken - Hyaluronidase | 12,10 € |
| 32563 | Antistreptokinase | 11,60 € |
| 32564 | Antistaphylolysinbestimmung | 8,40 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Quantitative Antistaphylolysinbestimmung | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Qualitativer Suchtest | |
| 32565 | Cardiolipin-Flockungstest , quantitativ nur bei nachgewiesener Infektion | 4,70 € |
| 32566 | Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) oder mittels Immunoassay | 4,60 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32566 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01800 und 01935 berechnungsfähig.</i> | |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32567 | Treponemenantikörper -Bestimmung (nur bei positivem Suchtest), quantitativ je Immunglobulin IgG oder IgM | 14,10 € |
| 32568 | Treponema pallidum Bestätigungsteste (Immunoblot oder FTA-ABS), einmal im Krankheitsfall | 21,90 € |
| 32572 | Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Toxoplasma-Antikörpern der Immunglobulinklasse IgM und/oder IgG, auch zur Verlaufskontrolle <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern | 11,75 € |
| 32573 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32572 für die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt | 25,90 € |
| 32574 | Rötelnantikörper -Nachweis mittels Immunoassay <i>Obligator Leistungsinhalt</i> - Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG, oder - Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgM, je Klasse <i>Die Gebührenordnungsposition 32574 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01802 und 01803 berechnungsfähig.</i> | 9,60 € |
| 32575 | Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen <i>Die Gebührenordnungsposition 32575 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01931 berechnungsfähig.</i> | 4,45 € |
| | 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 | |
| 32584 | HEV-Antikörper | 11,10 € |
| 32585 | Bordetella pertussis-Antikörper | 10,60 € |

| | | | | | |
|-------|---|---------------------|-----------------------------|---------|---------|
| 32586 | Borrelia burgdorferi-Antikörper | | | | 7,10 € |
| 32587 | Brucella-Antikörper | | | | 7,80 € |
| 32588 | Campylobacter-Antikörper | | | | 7,70 € |
| 32589 | Chlamydien-Antikörper | | | | 10,10 € |
| 32590 | Coxiella burnetii-Antikörper | | | | 13,80 € |
| 32591 | Gonokokken-Antikörper | | | | 8,00 € |
| 32592 | Legionellen-Antikörper | | | | 9,70 € |
| 32593 | Leptospiren-Antikörper | | | | 11,60 € |
| 32594 | Listerien-Antikörper | | | | 4,90 € |
| 32595 | Mycoplasma pneumoniae-Antikörper | | | | 7,00 € |
| 32596 | S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper | | | | 5,40 € |
| 32597 | Tetanus-Antitoxin | | | | 9,10 € |
| 32598 | Yersinien-Antikörper | | | | 6,10 € |
| 32599 | Leptospiren-Antikörper | mittels | Mikroagglutinationsreaktion | mit | 31,70 € |
| | Lebendkulturen | | | | |
| 32600 | Chlamydien-Antikörper | (speziesspezifisch) | | mittels | 15,70 € |
| | Mikroimmunfluoreszenztest (MIF) | | | | |
| 32601 | Adenoviren-Antikörper | | | | 10,40 € |
| 32602 | Cytomegalievirus-Antikörper | | | | 9,80 € |
| 32603 | Cytomegalievirus-IgM-Antikörper | | | | 9,70 € |
| 32604 | Coxsackieviren-Antikörper | | | | 7,90 € |
| 32605 | EBV-EA-Antikörper | | | | 8,50 € |
| 32606 | EBV-EBNA-Antikörper | | | | 8,40 € |
| 32607 | EBV-VCA-Antikörper | | | | 9,10 € |
| 32608 | EBV-VCA-IgM-Antikörper | | | | 9,80 € |
| 32609 | Echoviren-Antikörper | | | | 8,20 € |
| 32610 | Enteroviren-Antikörper | | | | 7,40 € |
| 32611 | FSME-Virus-Antikörper | | | | 11,10 € |
| 32612 | HAV-Antikörper | | | | 5,80 € |
| 32613 | HAV-IgM-Antikörper | | | | 6,70 € |
| 32614 | HBc-Antikörper | | | | 5,90 € |
| 32615 | HBc-IgM-Antikörper | | | | 8,50 € |
| 32616 | HBe-Antikörper | | | | 9,40 € |
| 32617 | HBs-Antikörper | | | | 5,50 € |
| 32618 | HCV-Antikörper | | | | 9,80 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 32619 | HDV-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion | 26,70 € |
| 32620 | HDV-IgM-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion | 28,90 € |
| 32621 | HSV-Antikörper | 11,10 € |
| 32622 | Influenzaviren-Antikörper | 7,60 € |
| 32623 | Masernvirus-Antikörper | 11,10 € |
| 32624 | Mumpsvirus-Antikörper | 12,00 € |
| 32625 | Parainfluenzaviren-Antikörper | 10,30 € |
| 32626 | Parvoviren-Antikörper | 17,30 € |
| 32627 | Polioviren-Antikörper | 9,80 € |
| 32628 | RSV-Antikörper | 8,00 € |
| 32629 | Varicella-Zoster-Virus-Antikörper | 11,30 € |
| 32630 | Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper | 13,20 € |
| 32631 | Aspergillus-Antikörper | 9,80 € |
| 32632 | Candida-Antikörper | 9,80 € |
| 32633 | Coccidioides-Antikörper | 24,40 € |
| 32634 | Histoplasma-Antikörper | 18,40 € |
| 32635 | Cysticercus-Antikörper | 18,40 € |
| 32636 | Echinococcus-Antikörper | 14,20 € |
| 32637 | Entamoeba histolytica-Antikörper | 14,70 € |
| 32638 | Leishmania-Antikörper | 18,90 € |
| 32639 | Plasmodien-Antikörper | 15,40 € |
| 32641 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Antikörperspezifität | 11,10 € |

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 **Nachweis neutralisierender Antikörper mittels Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei,** 14,20 €
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 **HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot)** 53,60 €

32661 **HCV-Antikörper** 44,10 €

32662 **Borrelia-Antikörper** 20,30 €

32663 **Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest** 20,10 €

32664 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Krankheitserregers 19,20 €

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 **Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen** (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-Complex (außer BCG) bei Patienten 58,00 €

- 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
- mit einer HI-Virus Infektion nur vor einer Therapieentscheidung einer behandlungsbedürftigen Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis-Complex (außer BCG)
- vor Einleitung einer Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz
- vor Durchführung einer Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas)

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 **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,** 40,00 €
einmal am Behandlungstag

32.3.8 Parasitologische Untersuchungen

32680 Nachweis von **Parasiten-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, 9,00 €
je Untersuchung unter Angabe des Antigens

Die Gebührenordnungsposition 32680 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.

32681 **Kulturelle Untersuchung auf Protozoen** 5,70 €
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 6,90 €

32683 **Nukleinsäurenachweis von Erregern von Parasitosen bei immundefizienten Patienten außer Toxoplasma aus einem Körpermaterial,** 19,90 €

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**, 10,40 €
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, 11,70 €
je Untersuchung unter Angabe des Antigens

32687 **Kulturelle mykologische Untersuchung** 4,60 €

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** 2,70 €

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 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens 8 Reaktionen, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Kulturelle Verfahren, je Hefeart <i>Die Gebührenordnungsposition 32689 ist bei derselben Hefeart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.</i> | 10,10 € |
| 32690 | Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum <i>Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32690 beträgt 11,50 EURO.</i> | 2,30 € |
| 32691 | Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen in Reinkultur, insgesamt je Körpermaterial | 5,60 € |
| 32692 | Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit), je Art <i>Die Gebührenordnungsposition 32692 ist bei derselben Art nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32688 und 32689 berechnungsfähig.</i> | 6,59 € |
| 32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen | | |
| 32700 | Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Agglutination und/oder Immunpräzipitation , je Untersuchung unter Angabe des Antigens | 9,50 € |
| 32701 | Clostridioides difficile-Nachweis im Stuhl <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Nachweis des Glutamat-Dehydrogenase-Enzyms - Nachweis der Toxine A und B | 23,80 € |
| 32702 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32701 für den Nukleinsäurenachweis von Clostridioides difficile bei diskordanten Ergebnissen des Immunoassays Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay | 19,90 € |

mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die
Gebührenordnungspositionen 32704 bis 32707,
je Untersuchung

| | | |
|-------|---|---------|
| 32704 | Mycoplasma pneumoniae | 9,70 € |
| 32705 | Shigatoxin (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung | 9,30 € |
| 32706 | Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl | 23,50 € |
| 32707 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens | 11,90 € |

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,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

| | | |
|-------|---|---------|
| 32720 | Urinuntersuchung mit mindestens zwei Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung | 5,50 € |
| 32721 | Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z. B. Sputum, Bronchialsekret , mit mindestens drei Nährböden | 7,20 € |
| 32722 | Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung , z. B. auf Clostridien | 8,00 € |
| 32723 | Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, einschl. Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien | 10,70 € |
| 32724 | Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut | 11,70 € |
| 32725 | Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial , ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart | 9,40 € |

| | | |
|-------|---|--------|
| 32726 | Untersuchung eines Abstrichs , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart | 6,40 € |
| 32727 | Untersuchung eines Abstrichs , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart | 8,50 € |
| | <i>Anstelle der Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 sind die Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungspositionen 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32720 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.</i> | |
| | Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32740 bis 32747 | |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren, | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Keimzahlbestimmung, | |
| | - Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest, | |
| | - Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en), | |
| | je Untersuchung | |
| 32740 | Untersuchung auf betahämolsierende Streptokokken , z. B. aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden | 5,40 € |
| 32741 | Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae unter vermehrter CO ₂ -Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder β -Lactamaseprüfung | 5,20 € |
| 32742 | Untersuchung auf Aktinomyzeten | 6,20 € |
| 32743 | Untersuchung auf Borrelien | 6,60 € |

| | | |
|-------|---|---------|
| 32744 | Untersuchung auf Mykoplasmen , ggf. auch mehrere Gattungen (z. B. Mycoplasma, Ureaplasma) | 9,50 € |
| 32745 | Untersuchung auf Legionellen | 6,60 € |
| 32746 | Untersuchung auf Leptospiren | 6,60 € |
| 32747 | Untersuchung auf Mykobakterien mit mindestens einem flüssigen und zwei festen Kulturmedien | 34,90 € |
| | <i>Die Gebührenordnungspositionen 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig.</i> | |
| 32748 | Bakteriologische Untersuchung in vivo | 13,80 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Bakteriologische Untersuchung in vivo, z. B. Toxinnachweis, | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Nachfolgende kulturelle und mikroskopische Untersuchungen, je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.</i> | |
| 32749 | Nachweis bakterieller Toxine , z. B. Verotoxine, mittels Zellkultur(en) , je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins | 12,80 € |
| 32750 | Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren , je Antiserum | 3,90 € |
| | <i>Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32750 beträgt 39,00 EURO.</i> | |
| 32759 | Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit) , je Bakterienart | 6,59 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32759 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| | Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 | |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |

| | |
|---|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels <ul style="list-style-type: none"> - biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder - Nukleinsäuresonden, <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Subkultur(en), <p>je Bakterienart und/oder -typ</p> | <p>3,60 €</p> |
| 32760 Verfahren mit bis zu drei Reaktionen | 3,60 € |
| 32761 Verfahren mit mindestens vier Reaktionen | 5,30 € |
| 32762 Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen | 8,80 € |
| 32763 Differenzierung von strikten Anaerobiern | 13,30 € |
| 32764 Differenzierung von Tuberkulosebakterien (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, BCG-Stamm) | 28,40 € |
| 32765 Differenzierung von Mykobakterien , die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. ubiquitäre Mykobakterien), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden | 34,50 € |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32760 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 und 32761 bis 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32761 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759, 32760 und 32762 bis 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32762 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32761 und 32763 bis 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32763 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32762, 32764 und 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32764 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32763 und 32765 berechnungsfähig.</i> | |
| <i>Die Gebührenordnungsposition 32765 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32764 berechnungsfähig.</i> | |
| <p>32768 Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in mindestens acht Verdünnungsstufen, je Untersuchungsprobe, insgesamt</p> | <p>18,70 €</p> |
| <p>32769 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32768 bei Bestimmung der minimalen bakteriziden Konzentration (MBK) durch Subkulturen, je Untersuchungsprobe</p> | <p>9,20 €</p> |

- 32770 **Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien** in Reinkultur, 7,90 €
je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in
mindestens jeweils zwei Abstufungen
*Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32770 beträgt 39,50
EURO je Mykobakterienart.*
- 32772 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte
Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch
relevanten gramnegativen Bakterien aus einem Material gegen
mindestens fünf Standardtherapeutika sowie mindestens drei
für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten
Leitsubstanzgruppen** 6,93 €
Fakultativer Leistungsinhalt
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels
Gradienten-Diffusionstest,
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.*
- 32773 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte
Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch
relevanten grampositiven Bakterien aus einem Material gegen
mindestens fünf Standardtherapeutika sowie der für den Nachweis
von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen** 6,93 €
Fakultativer Leistungsinhalt
- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels
Gradienten-Diffusionstest,
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),** 8,50 €
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), je Bakterienart und Resistenzmechanismus | 8,50 € |
| 32777 | Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten Bakterien aus einem Material - 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 <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.</i> | 6,93 € |

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 | SARS-CoV-2 | 10,80 € |
| 32780 | Hepatitis A-Virus (HAV) | 7,70 € |
| 32781 | Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg) | 5,50 € |
| 32782 | Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg) | 10,90 € |
| 32784 | Cytomegalievirus (CMV) | 18,50 € |
| 32785 | Herpes simplex-Viren | 17,30 € |
| 32786 | Influenzaviren | 9,20 € |
| 32787 | Parainfluenzaviren | 6,10 € |
| 32788 | Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) | 18,50 € |
| 32789 | Adenoviren | 8,70 € |
| 32790 | Rotaviren | 7,40 € |
| 32791 | Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens <i>Untersuchungen mittels vorgefertigter Reagenzträger (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit</i> | 13,20 € |

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 | Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren | 46,00 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Verwendung spezifischer Antiseren (Immunelektronenmikroskopie) | |
| 32793 | Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo | 10,30 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo | |
| | <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> | |
| | - Folgekulturen (Passagen) | |
| 32794 | Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei | 10,20 € |
| | <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794 beträgt 46,00 EURO je Körpermaterial.</i> | |
| 32795 | Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei, | 9,20 € |
| | je Antiserum | |

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 | Nukleinsäurenachweis von Herpes-simplex-Virus Typ 1 und Typ 2 bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| | <i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 40 Euro. Die Gebührenordnungsposition 32800 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32785 berechnungsfähig.</i> | |
| 32801 | Nukleinsäurenachweis von Varicella-Zoster-Virus bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32801 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32630 berechnungsfähig.</i> | |
| 32802 | Nukleinsäurenachweis von Pneumocystis jirovecii bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| 32803 | Nukleinsäurenachweis von Listeria spp. bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32803 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32594 berechnungsfähig.</i> | |
| 32804 | Nukleinsäurenachweis von Zika-Virus-RNA | 19,90 € |
| 32805 | Nukleinsäurenachweis von sonstigen Arboviren | 19,90 € |
| 32806 | Nukleinsäurenachweis von Masernvirus | 19,90 € |
| 32807 | Nukleinsäurenachweis von Mumpsvirus | 19,90 € |
| 32808 | Nukleinsäurenachweis von Rötelnvirus | 19,90 € |
| 32809 | Nukleinsäurenachweis von Adenoviren aus Konjunktivalabstrich | 19,90 € |

Die Gebührenordnungsposition 32809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32601 berechnungsfähig.

- 32810 **Nukleinsäurenachweis von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleimhautläsionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor),** 19,90 €
höchstens dreimal im Behandlungsfall
Die Gebührenordnungsposition 32810 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.
- 32815 **Quantitative Bestimmung der Hepatitis D-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 89,50 €
höchstens dreimal im Behandlungsfall
- 32816 **Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2** 19,90 €
Obligater Leistungsinhalt
- 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,** 89,50 €
höchstens dreimal im Behandlungsfall
Die Gebührenordnungsposition 32817 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01866 berechnungsfähig.
- 32818 **Quantitative Bestimmung der CMV-DNA** 44,50 €
- 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 | <p>Genotypische CMV-Resistenztestung bei Verdacht auf ein Therapieversagen unter einer spezifischen antiviralen Therapie</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in den Genen UL97 und UL54, <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in weiteren Genen, <p>einmal im Behandlungsfall</p> | 260,00 € |
| 32821 | <p>Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrase-Inhibitoren oder - Corezeptor-Antagonisten oder - Fusionsinhibitoren, <p>je Substanzklasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32821 setzt die Angabe der Substanzklasse als Art der Untersuchung voraus.</i></p> <p><i>Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.</i></p> | 260,00 € |
| 32823 | <p>Quantitative Bestimmung der Hepatitis C-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,</p> <p>höchstens dreimal im Behandlungsfall</p> | 89,50 € |
| 32824 | <p>Quantitative Bestimmung der HIV-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,</p> <p>höchstens dreimal im Behandlungsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32824 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32850 berechnungsfähig.</i></p> | 89,50 € |

Die Gebührenordnungsposition 32824 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|--|----------|
| 32825 | Nachweis von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis-Complex (MTC) bei begründetem Verdacht auf eine Tuberkulose | 61,40 € |
| 32827 | Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps vor oder während spezifischer antiviraler Therapie, einmal im Behandlungsfall | 89,50 € |
| 32828 | Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen - Protease-Inhibitoren und/oder - Reverse Transkriptase-Inhibitoren <i>Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen. Die Gebührenordnungsposition 32828 umfasst auch die gemäß Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungen und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung festgelegten Indikationen.</i> | 260,00 € |
| 32830 | Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis, einmal im Behandlungsfall | 19,90 € |
| 32831 | Nukleinsäurenachweis von Zytomegalie-Virus bei - organtransplantierten Patienten oder - bei Verdacht auf eine kongenitale CMV-Infektion oder - bei konkreter therapeutischer Konsequenz in begründeten Einzelfällen bei immundefizienten Patienten <i>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.</i> | 19,90 € |
| 32832 | Nukleinsäurenachweis von Parvovirus in besonders zu begründenden Einzelfällen oder aus Fruchtwasser und/oder Fetalblut zum Nachweis einer vorgeburtlichen fetalen Infektion | 19,90 € |
| 32833 | Nukleinsäurenachweis von Toxoplasma aus - Fruchtwasser und/oder Fetalblut oder - bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |

Die Gebührenordnungsposition 32833 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|---|---------|
| 32834 | Nukleinsäurenachweis von Erreger im Liquor | 19,90 € |
| 32835 | Nukleinsäurenachweis von HCV, einmal im Behandlungsfall | 43,40 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32835 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01867 berechnungsfähig.</i> | |
| 32837 | Nukleinsäurenachweis von MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring) | 19,90 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32837 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnungsfähig.</i> | |
| 32839 | Nukleinsäurenachweis von Chlamydien | 19,90 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32839 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915 und 01936 berechnungsfähig.</i> | |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 32839 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.</i> | |
| 32842 | Nukleinsäurenachweis von Mykoplasmen | 19,90 € |
| | <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> | |
| 32843 | Nukleinsäurenachweis von Polyomavirus bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| 32844 | Nukleinsäurenachweis von Epstein-Barr-Virus bei immundefizienten Patienten | 19,90 € |
| 32845 | Nukleinsäurenachweis von HAV, einmal im Behandlungsfall | 19,90 € |
| 32846 | Nukleinsäurenachweis von HEV, einmal im Behandlungsfall | 19,90 € |
| 32847 | Nukleinsäurenachweis von HDV, | 19,90 € |

einmal im Behandlungsfall

32850 Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA, 43,40 €
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32850 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32660 und 32824 berechnungsfähig.

32851 Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter respiratorischer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor) 19,90 €

- virale Erreger: Influenza A und B, Parainfluenzaviren, Bocavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, Adenoviren, humanes Metapneumovirus, Rhinoviren, Enteroviren, Coronaviren (außer beta-Coronavirus SARS-CoV-2),
 - bakterielle Erreger: Bordetella pertussis und B. parapertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae,
- 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 85 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) 19,90 €

- 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 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) 19,90 €

- 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 85 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 Faktor-V-Leiden-Mutation 30,00 €
insgesamt

32861 Prothrombin G20210A-Mutation 30,00 €
insgesamt

32863 Nachweis einer MTHFR-Mutation (Homocystein Konzentration im Plasma > 50 µmol pro Liter) 30,00 €

32864 Hämochromatose 50,00 €
Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf die C282Y- und die H63D-Mutation des HFE (Hämochromatose)-Gens,
einmal im Krankheitsfall

32865 Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1 gemäß 308,50 €

**der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels
(Fachinformation)**

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des CYP2D6-Gens mittels Sequenzanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine Deletion und/oder Duplikation,
einmal im Krankheitsfall

| | | |
|-------|--|----------|
| 32866 | Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation) | 82,00 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C9*1, CYP2C9*2 und CYP2C9*3, einmal im Krankheitsfall | |
| 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) | 120,00 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - 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 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - 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 € |
| | <i>Obligater Leistungsinhalt</i> | |
| | - 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, je Genort <i>Die Gebührenordnungsposition 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i> | 21,10 € |
| 32902 | Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung <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> | 115,00 € |
| 32904 | Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung <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> | 150,00 € |
| 32906 | Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - DNA-Präparation, je Genort | 72,00 € |

Die Gebührenordnungsposition 32906 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

- | | | |
|-------|---|----------|
| 32908 | <p>Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung</p> <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - DNA-Präparation, <p>je Genort</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32908 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p> | 115,00 € |
| 32910 | <p>Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT),</p> <p>je Spender</p> | 42,90 € |
| 32911 | <p>Erweitertes Transplantations-Cross-Match</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolierung von B- und/oder T-Zellen als vorbereitende Untersuchung, - B-Zell- und/oder T-Zell-Cross-Match ggf. einschließlich DTT-Cross-Match, <p>je Spender</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32911 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund der Analyse-Ergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 32910 nicht vollständig beantwortet werden konnte.</i></p> | 78,30 € |
| 32915 | <p>Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT),</p> <p>je HLA-Klasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32939 berechnungsfähig.</i></p> | 29,50 € |
| 32916 | <p>Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden,</p> <p>je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32940 berechnungsfähig.</i></p> | 47,30 € |

32917 Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes, 79,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32917 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32917 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32918, 32941 und 32942 berechnungsfähig.

32918 Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest, 150,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32918 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32941 und 32942 berechnungsfähig.

32.3.15.2 Allgemeine immungenetische Untersuchungen

32931 Molekulargenetischer Nachweis HLA-B27 30,00 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,
einmal im Krankheitsfall

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.

32932 Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung 33,00 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,
- Nachweis in Zweifeldauflösung, sofern die Relevanz oder Assoziation auf Zweifeldniveau definiert ist,

je Merkmal

Die Gebührenordnungsposition 32932 ist nicht für den Nachweis des HLA-B27 berechnungsfähig.

Der Höchstwert im Krankheitsfall für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32931 und 32932 beträgt 80,00 Euro.

32935 Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C, 76,70 €

je Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 32935 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32937 berechnungsfähig.

- 32937 Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung** 115,00 €
Fakultativer Leistungsinhalt
- DNA-Präparation,
je Genort
Die Gebührenordnungsposition 32937 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA-kompatiblen Thrombozytenpräparates berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32937 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32935 berechnungsfähig.
- 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** 60,00 €
Fakultativer Leistungsinhalt
- DNA-Präparation,
einmal im Krankheitsfall
- 32946 **Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b** 90,00 €
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** 42,90 €
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 11,34 €
Obligater Leistungsinhalt 95 Punkte

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
 - Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
 - Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges,
- je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33001 **Ultraschall-Biometrie des Auges**

5,85 €

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**

6,32 €

53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33010 Sonographische Untersuchung der **Nasennebenhöhlen** mittels **A-Mode-** und/oder **B-Mode-**Verfahren,
je Sitzung
6,32 €
53 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33010 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33010 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 33011 **Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)**
Obligatorer Leistungsinhalt
9,43 €
79 Punkte
- Sonographische Untersuchung der Gesichtsweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahren,
je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 33011 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 33012 Sonographische Untersuchung der **Schilddrüse** mittels **B-Mode-**Verfahren,
je Sitzung
9,19 €
77 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33012 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33012 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- 33020 **Echokardiographische Untersuchung** mittels **M-Mode-** und **B-Mode-**Verfahren,
je Sitzung
29,24 €
245 Punkte

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,
je Sitzung

32,22 €
270 Punkte

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 Farbcodierung,
je Sitzung

36,64 €
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** 45,11 €
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 86,04 €
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 96,31 €
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 13,13 €
110 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die 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 17,90 €
150 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 08320 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

- 33042 Sonographische Untersuchung des **Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren** mittels **B-Mode-Verfahren**, je Sitzung 17,07 €
143 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 oder 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die 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 Diagnosensicherheit 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 Diagnosensicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 01906, 08341 und 33043 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **Uro-Genital-Organen** mittels **B-Mode**-Verfahren, je Sitzung

9,79 €
82 Punkte

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.

Die 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 Diagnosensicherheit 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 Diagnosensicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775

berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01902, 01904, 01906, 08341, 33042, 33044 und 33081 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase**, mittels **B-Mode-**Verfahren 15,51 €
130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904 bis 01906, 01912, 08341, 33043, 33081 und 33090 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

- 33046 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung** 9,07 €
76 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(-en)

Die Gebührenordnungsposition 33046 ist entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33046 genannten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

- 33050 Sonographische Untersuchung von **Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates** (Sehne, Muskel, Bursa) mittels **B-Mode**-Verfahren, 8,12 €
je Sitzung 68 Punkte

Sonographische Untersuchungen der Säuglingshöften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.

Die 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, 12,29 €
je Sitzung 103 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722 und 33050 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33051 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33051 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33052 Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind, 13,13 €
je Sitzung 110 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33060 Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales 31,86 €
mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen 267 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

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,
je Sitzung
10,74 €
90 Punkte
- 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
8,47 €
71 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33064 berechnungsfähig.*
Die Gebührenordnungsposition 33062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33062 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
- 33063 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen Gefäße** mittels **PW-Doppler**-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen
27,57 €
231 Punkte
- Obligatorer 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 Tumescenzmessung, je Sitzung 10,86 €
91 Punkte

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 45,47 €
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, 25,54 €
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, 26,73 €
je Sitzung 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, 26,73 €
je Sitzung 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 22,44 €
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 **farbcodierte Untersuchung** 4,42 €
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,
je Sitzung 8,71 €
73 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

- 33080 Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren,** 7,52 €
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,** 6,68 €
je Sitzung 56 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist neben den Gebührenordnungspositionen 33011, 33040 und 33042 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.*
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.*
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01902, 01904, 01906, 33043, 33044 und 33050 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.*

33090 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 **bei transkavitärer Untersuchung** 6,80 €
57 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist bei transoesophagealer Durchführung zweimal je Sitzung berechnungsfähig, sofern mindestens eine der folgenden Diagnosen (C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus, C16.- Bösartige Neubildung des Magens, C17.0 Bösartige Neubildung des Duodenums, C17.1 Bösartige Neubildung des Jejunums, C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge, C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase, C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas) oder eine der folgenden gesicherten Diagnosen (K80.- Cholelithiasis, K83.- sonstige Krankheiten der Gallenwege, K85.- Akute Pankreatitis, K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas) vorliegt. Die zweimalige Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 08341 und 33044 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33091 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für **optische Führungshilfe** 10,38 €
87 Punkte

Die 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** 14,08 €
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** 8,59 €
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 dezaparvovec** 52,51 €
440 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Leber,
- Elastographische Bewertung der Leber

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nur einmalig berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassene Therapie mit Etranacogen dezaparvovec berechnungsfähig.

Bis zum 30. September 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33105 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 33042 berechtigt, voraus. Ab dem 1. Oktober 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 33105 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich, die die Gebührenordnungsposition 33105 umfasst.

Sofern die Gebührenordnungsposition 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -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 Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 11 Abs. 12 der Psychotherapie-Vereinbarung berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
 4. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
 5. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 4 durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

| | | | | |
|-------|---|----------------|--------------------------|-----------------------|
| 35100 | Differentialdiagnostische Krankheitszustände | Klärung | psychosomatischer | 23,03 € 193 Punkte |
|-------|---|----------------|--------------------------|-----------------------|

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**

23,03 €

Obligater Leistungsinhalt

193 Punkte

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die 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** 39,98 €
335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Einzelbehandlung

Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -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** 10,74 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 50 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -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** 15,28 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 30 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -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

24,46 €

Obligater Leistungsinhalt

205 Punkte

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,
- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -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

35,32 €

296 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35131 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

- 35131 Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie** 70,53 €
591 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 35131 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35130 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35131 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 35140 Biographische Anamnese** 84,37 €
707 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Erstellen der biographischen Anamnese,
 - Bestimmung des psychodynamischen, system- und ressourcenanalytischen oder verhaltensanalytischen Status,
 - Dauer mindestens 50 Minuten
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 35140 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.*
- 35141 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration** 30,67 €
257 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie,
 - Dauer mindestens 20 Minuten,
- je Sitzung
- Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35150 und 35141 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35141.*

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35142 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde 8,95 €
75 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten, 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 84,61 €
709 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 4-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35141 und 35150 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35150.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35151 Psychotherapeutische Sprechstunde

56,33 €

Obligater Leistungsinhalt

472 Punkte

- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- psychotherapeutische Intervention,
- Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten,
- individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist gemäß § 11 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 6-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 kann im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis

14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142, 35150, 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35152 Psychotherapeutische Akutbehandlung

56,33 €
472 Punkte

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 | 84,01 € 704 Punkte |
| 35164 Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern | 70,89 € 594 Punkte |
| 35165 Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern | 63,01 € 528 Punkte |
| 35166 Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern | 57,64 € 483 Punkte |
| 35167 Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern | 53,82 € 451 Punkte |
| 35168 Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern | 51,08 € 428 Punkte |
| 35169 Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern | 48,81 € 409 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Krankheitsfall nur bis zur Höchstsitzungszahl gemäß § 12 Absatz 3 und 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151 und 35152 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)

Obligater Leistungsinhalt

- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung gemäß § 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Strukturierte Vermittlung und weitere Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie,
- Informationsvermittlung zu psychischen Störungen und Erarbeitung eines individuellen Krankheitsverständnisses sowie des individuellen Umgangs mit der Symptomatik,
- Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie im Gruppensetting,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

| | | |
|-------|---|------------------------|
| 35173 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35174 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35175 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35176 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35177 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |

| | |
|---|-----------------------|
| 35178 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35179 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind gemäß § 11a Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie höchstens 4-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen sind im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 höchstens 5-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2 Antragspflichtige Leistungen

1. Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -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. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang

- vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 212.431 Punkten (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, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 zu.
 1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des

- Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 - jedoch maximal 424.862 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang - und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungsposition 37500 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
 5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2, der psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151, der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 sowie der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gemäß den Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und der Gebührenordnungsposition 37500 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.
 6. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.1, die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718 und die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35571, 35572, 35573, 35591 und 35593 bis 35598 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen des § 17 der Anlage 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als

- Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
7. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von Gruppentherapie durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
 8. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 18 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
 9. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 8 durch zwei Therapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Therapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35.2.1 Einzeltherapien

35401 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35401 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35402 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35402 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35402 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35405 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,

- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35405 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35405 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35411 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35411 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung, je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35411 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35412 Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

112,30 €

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)

112,30 €

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)

112,30 €
941 Punkte

Obligatorer 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)

112,30 €
941 Punkte

Obligatorer 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)

112,30 €

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)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35431 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35432 Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35432 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35435 Systemische Therapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

112,30 €

Obligater Leistungsinhalt

941 Punkte

- 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)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

| | | |
|-------|-----------------------------------|------------------------|
| 35503 | Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35504 | Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35505 | Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35506 | Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35507 | Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35508 | Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35509 | Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die

Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

| | | |
|-------|-----------------------------------|------------------------|
| 35513 | Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35514 | Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35515 | Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35516 | Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35517 | Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35518 | Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35519 | Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen

Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

| | | |
|-------|-----------------------------------|------------------------|
| 35523 | Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35524 | Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35525 | Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35526 | Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35527 | Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35528 | Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35529 | Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

| | | |
|-------|-----------------------------------|------------------------|
| 35533 | Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35534 | Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35535 | Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35536 | Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35537 | Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35538 | Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35539 | Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

| | | |
|-------|-----------------------------------|------------------------|
| 35543 | Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35544 | Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35545 | Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |
| 35546 | Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35547 | Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35548 | Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € |

| | |
|---|------------|
| | 568 Punkte |
| 35549 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € |
| | 543 Punkte |

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)

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 | 111,58 € |
| | 935 Punkte |
| 35554 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € |
| | 788 Punkte |
| 35555 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € |
| | 700 Punkte |
| 35556 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € |
| | 641 Punkte |
| 35557 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € |
| | 598 Punkte |
| 35558 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € |
| | 568 Punkte |

35559 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern

64,80 €
543 Punkte

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35703 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern

111,58 €
935 Punkte

35704 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern

94,04 €
788 Punkte

35705 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern

83,54 €
700 Punkte

35706 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern

76,50 €
641 Punkte

| | |
|---|-----------------------|
| 35707 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35708 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35709 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

| | |
|---|------------------------|
| 35713 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern | 111,58 € 935 Punkte |
| 35714 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern | 94,04 € 788 Punkte |
| 35715 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern | 83,54 € 700 Punkte |

| | |
|---|-----------------------|
| 35716 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern | 76,50 € 641 Punkte |
| 35717 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern | 71,36 € 598 Punkte |
| 35718 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern | 67,78 € 568 Punkte |
| 35719 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern | 64,80 € 543 Punkte |

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2.3 Zuschläge

35.2.3.1 Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

| | |
|---|-----------------------|
| 35571 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30932 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 | 22,20 € 186 Punkte |
|---|-----------------------|

Die Gebührenordnungsposition 35571 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Gebührenordnungsposition 35571 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

| | |
|---|---------------------|
| 35572 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30933, 35173 bis 35179 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 | 9,19 € 77 Punkte |
|---|---------------------|

Sofern die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35543 bis 35549, 35553 bis 35559, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 für eine Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnet werden, ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 35572 ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 35572 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Gebührenordnungsposition 35572 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35573 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 37500 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 11,34 €
95 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35573 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

Die Gebührenordnungsposition 35573 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie

1. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die für die Mindestsprechstundenanzahl gemäß § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV zur Verfügung stehen.
2. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie berechnungsfähig.

35591 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432, 16,83 €
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, 16,71 €
140 Punkte
höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35593 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35594 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35504, 35524, 35544 und 35704, 14,08 €
118 Punkte
höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35594 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

| | |
|--|-------------------------------|
| <p>35595 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35505, 35525, 35545 und 35705, höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35595 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p> | <p>12,53 € 105 Punkte</p> |
| <p>35596 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35506, 35526, 35546 und 35706, höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35596 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p> | <p>11,46 € 96 Punkte</p> |
| <p>35597 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35507, 35527, 35547 und 35707, höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35597 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p> | <p>10,74 € 90 Punkte</p> |
| <p>35598 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35508, 35528, 35548 und 35708, höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35598 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p> | <p>10,14 € 85 Punkte</p> |
| <p>35599 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35509, 35529, 35549 und 35709, höchstens 10-mal im Krankheitsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 35599 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i></p> | <p>9,67 € 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

4,06 €

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 -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.

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

35601 Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren

4,65 €

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 -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

35602 Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren

6,68 €

56 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.

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

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

36.1 Präambel

1. Belegärztliche Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt:
 - Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die belegärztliche Operation vorzubereiten. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet.
 - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt 36.2 bzw. 36.5)
 - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt 36.3).
 - Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexeleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
 - Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
2. Belegärztlich-konservativer Bereich
 - Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.
 - Die Gebührenordnungspositionen 36861 und 36867 sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden.

36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

36.6.1 Präambel

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat.
2. Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

3. Die Gebührenordnungspositionen 13300, 13545, 13650, 13652 und 13678 sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Entgegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen sind stattdessen die in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten genannten Teilleistungen jeweils gesondert, ggf. mehrfach berechnungsfähig. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind die Gebührenordnungspositionen 13251 bis 13255 und 13257 im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall für die unter 36.6.3 Nr. 1 und 2 genannten Vertragsärzte auch ohne Definitionsauftrag bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Regionale Regelungen bleiben hiervon unberührt.
4. Während eines stationären Aufenthaltes kann bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen entweder die Gebührenordnungsposition 36861 je Behandlungstag (max. 10 mal) oder die Gebührenordnungsposition 36867 berechnet werden. Die Berechnung beider Gebührenordnungspositionen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht möglich.

36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen

| | | |
|-------|---|-------------------------|
| 36861 | Strukturpauschale bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 bei einer Verweildauer von bis zu 13 Tagen , je Behandlungstag, höchstens 10 mal während eines stationären Aufenthaltes | 9,91 € 83 Punkte |
| 36867 | Strukturpauschale bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen , einmal je stationärem Aufenthalt | 129,60 € 1086 Punkte |

37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL und der AKI-RL

37.3 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä berechnungsfähig. Die Versorgung in der Häuslichkeit im Sinne der Leistungen dieses Abschnittes umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.
2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V

wird durch das Erbringen der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes nicht berührt.

3. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht berechnungsfähig, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes der behandelte Patient zeitgleich Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - mit Ausnahme der Beratungsleistung - gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet.

37300 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä 46,78 €
392 Punkte

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 32,82 €
275 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),
- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung,
- Konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Vertragsarzt und/oder einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37302 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37305 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit

14,80 €
124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, je vollendete 15 Minuten

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 37305 beträgt am Behandlungstag 744 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 37305 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37306, 37314 und 37400 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37305 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37306 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit 14,80 €
124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

je Besuch

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37305, 37314 und 37400 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37314 Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä, 12,65 €
106 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37314 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37314 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 berechnungsfähig.

37317 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen 170,06 €
1425 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für den Patienten und/oder die Angehörigen und/oder

die Pflegekräfte und/oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einer Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie- und/oder Notfallplans zu beheben sind,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten in kritischen Phasen, einmal im Krankheitsfall

37318 Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

25,42 €
213 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonischer Kontakt des Arztes mit
 - dem Pflegepersonal
 - oder
 - dem ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - oder
 - den Angehörigen des Patienten
 - oder
 - dem Krankenhaus,

je Telefonat

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist höchstens siebenmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist entgegen der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im Behandlungsfall auch neben Versicherten- und/oder Grundpauschalen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37400 berechnungsfähig.

37320 Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

10,26 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz, berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 37400 und 37720 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30706 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37.4 Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

1. Die Gebührenordnungsposition 37400 dieses Abschnittes kann von Ärzten gemäß Nr. 6 der Präambel 37.1 nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

37400 Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

11,93 €
100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Teilnahme an einer vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Abstimmung der schriftlichen Patientenverfügung für Notfallsituationen gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Berater

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch gemäß § 11 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V mit dem verantwortlichen Berater,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch berechnungsfähig, wenn die Teilnahme am patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V telefonisch erfolgt.

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von einem an der Beratung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 03371 bis 03373, 04371 bis 04373, 37120, 37305, 37306, 37318, 37320 und 37720 berechnungsfähig.

37.5 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

28,16 €

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.

37520 Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 9 der KSVPsych-RL, 53,46 €
448 Punkte
einmal im Krankheitsfall

37525 Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder des Bezugspsychotherapeuten 53,70 €
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 68,86 €
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** 19,81 €
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** 15,28 €
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. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,** 15,28 €
128 Punkte
- 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,** 23,87 €
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

- 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.

- 37714 Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt** 12,65 €
106 Punkte

- im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der AKI-RL
und/oder
- zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 der AKI-RL
und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 7 der AKI-RL
und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL,
einmal im Behandlungsfall

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37714 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37714 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 37314 berechnungsfähig.

- 37720 Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL** 10,26 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

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

38 Delegationsfähige Leistungen

38.2 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 - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen, je Sitzung | 9,07 € 76 Punkte |
|-------|--|---------------------|

Die Gebührenordnungsposition 38100 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38100 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37535 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38105 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|--|---------------------|
| 38105 | Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition 38100, | 4,65 € 39 Punkte |
|-------|--|---------------------|

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.

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. 40100, 40850, 40852, 40854 und 40855 berechnungsfähig.
3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen 40165, 40300 bis 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.17 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien

1. Die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 ist nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig. Wird die Auftragsleistung von dem annehmenden Arzt ganz oder teilweise zur Durchführung an einen anderen Arzt weiterüberwiesen, ist die Nr. 40100 in demselben Behandlungsfall für die Weitergabe weder vom weitergebenden noch vom annehmenden Arzt berechnungsfähig.

2. Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.
- 40100 **Kostenpauschale** für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der
- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3,
 - Histologie,
 - Zytologie,
 - Zytogenetik und Molekulargenetik,
- einmal im Behandlungsfall
- Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 40100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.*
- 40104 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren, je Versand
- 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
- Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.*

40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

1. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 sind für den elektronischen Versand von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen nicht berechnungsfähig. Der Versand von Telefaxen ist hiervon ausgenommen.
2. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 sind für Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

| EBM-Kapitel bzw. Abschnitt | Arztgruppe | Höchstwert in Euro |
|----------------------------|---|--------------------|
| 1.3 | Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind | 6,02 |
| 3 | Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte | 6,88 |
| 4 | Kinder- und Jugendmedizin | 6,88 |
| 5 | Anästhesiologie | 5,16 |
| 5 und 30.7 | Anästhesiologie mit Schmerztherapie | 14,62 |
| 6 | Augenheilkunde | 7,74 |
| 7 | Chirurgie | 20,64 |
| 8 | Gynäkologie | 7,74 |
| 9 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 12,04 |
| 10 | Dermatologie | 9,46 |
| 11 | Humangenetik | 17,20 |
| 13.2 | Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP | 36,12 |
| 13.3.1 | Innere Medizin, SP Angiologie | 43,86 |
| 13.3.2 | Innere Medizin, SP Endokrinologie | 54,18 |
| 13.3.3 | Innere Medizin, SP Gastroenterologie | 48,16 |
| 13.3.4 | Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie | 50,74 |
| 13.3.5 | Innere Medizin, SP Kardiologie | 56,76 |

| EBM-Kapitel bzw. Abschnitt | Arztgruppe | Höchstwert in Euro |
|----------------------------|--|--------------------|
| 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.

40110 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen

0,86 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer,

zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale 40100 abgerechnet worden ist.

Die Gebührenordnungsposition 40110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.

40111 Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes

0,05 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale 40100 abgerechnet worden ist.

Die Gebührenordnungsposition 40111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01699 und 12230 berechnungsfähig.

40128 Kostenpauschale für die postalische Versendung

0,86 €

- einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten

- bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt gemäß § 4 Absatz 5a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt im Falle einer öffentlich-rechtlichen Pflicht oder bei Bestehen einer öffentlich-rechtlichen Empfehlung zur Absonderung gemäß § 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- im Zusammenhang mit der Durchführung einer Besuchsleistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418

und/oder

- einer Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 1 Absatz 1b der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung von Heilmitteln (Muster 13) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 3a der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Kostenpauschale 40128 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für die jeweilige Verordnung oder Bescheinigung zur Verfügung steht und diese auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

- 40129 **Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. 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 Gebührenordnungspositionen 01615, 01620, 01621 oder 01622, bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können,** 1,50 €
je Seite

Die Kostenpauschale 40142 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01615 insgesamt nur für eine Seite berechnungsfähig.

- 40152 **Kostenpauschale für ein ausgegebenes Testbriefchen für den Nachweis von Albumin im Stuhl, wenn die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32041 nicht erbracht werden konnte** 1,50 €

Die Gebührenordnungsposition 40152 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32041 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|---|---------|
| 40154 | Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den Bezug des ¹³C-Harnstoffs gemäß Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen | 25,60 € |
| 40156 | Kostenpauschale bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01906 für den Bezug von Mifepriston <i>Der Bezug von Mifepriston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.</i> | 89,25 € |
| 40157 | Kostenpauschale bei Durchführung eines Schweißtests entsprechend der Gebührenordnungsposition 04535 unter Nutzung eines Iontophorese- und Schweißsammelsystems | 33,00 € |
| 40160 | Kostenpauschale bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 13401, 13421 oder 13422 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalsklerosierungsnadel(n) | 15,00 € |
| 40161 | Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter | 45,00 € |
| 40162 | Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der Gebührenordnungsposition 01965 gemäß § 2 Absatz 1 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV), 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 | Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n) | 72,00 € |
| 40167 | Kostenpauschale bei Durchführung einer FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04538 oder 13678 für das Mundstück (und ggf. Sensor) | 7,84 € |

| 40.6 Leistungsbezogene Herzkatheteruntersuchungen Rekanalisationsbehandlungen | Kostenpauschalen und | bei koronaren |
|--|--|--------------------------|
| <p>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.</p> <p>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.</p> | | |
| 40300 | Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 <i>Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.</i> | 181,50 € |
| 40301 | Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298 <i>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.</i> | 660,00 € |
| 40302 | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 <i>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.</i> | 1.058,40 € |
| 40304 | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 <i>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.</i> | 690,20 € |
| 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 | 2,50 € |

datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.

40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen

- | | | |
|-------|--|---------|
| 40350 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 30110 | 16,14 € |
| 40351 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt | 5,50 € |

40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe

- | | | |
|-------|---|----------|
| 40454 | Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips, je Seite | 320,00 € |
| 40455 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für die Verwendung von Markierungsclips, je Seite | 100,00 € |

40.9 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren

- | | | |
|-------|---|---------|
| 40460 | Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13423 und 30601 bei Verwendung einer Einmal-Hochfrequenzdiathermieschlinge für eine Polypektomie oder eine Mukosektomie | 12,00 € |
| 40461 | Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange | 8,00 € |

40462 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04511, 13400 und 13423 bei Verwendung eines Clips inkl. Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator,** 20,80 €
je Clip

40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide

1. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Kostenpauschalen können ausschließlich von
 - Fachärzten für Nuklearmedizin,
 - Fachärzten für Strahlentherapie (ausschließlich die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40546, 40562, 40580 und 40582)und
 - Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen,berechnet werden.
2. Zu jeder Grundleistung im Abschnitt 17.3 ist nur ein Radiopharmakon dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. In den Kostenpauschalen - mit Ausnahme der Kostenpauschale 40582 - sind nicht nur die Kosten der jeweiligen Produkte sondern auch die Kosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung der Produkte sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, berücksichtigt.

40500 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17320 bei Verwendung von **Tc-99m-Pertechnetat (Schilddrüse)** 3,20 €

40502 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **Tc-99m-Phosphonaten (Knochen/Skelett)** 33,69 €

40504 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-Makroaggregaten (Lunge)** 22,31 €

40506 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-Aerosol (Lunge)** 123,12 €

| | | |
|-------|---|----------|
| 40508 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-HMPAO, Tc-99m-ECD (Hirn) | 208,81 € |
| 40510 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17340 bei Verwendung von Tc-99m-DMSA, Tc-99m-DTPA (Niere) | 33,85 € |
| 40512 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von Tc-99m-DTPA (Hirn) | 78,53 € |
| 40514 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von Tc-99m-MAG3 (Niere) | 83,57 € |
| 40516 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17351 bei Verwendung von Tc-99m-Kolloid (Leber) | 57,41 € |
| 40518 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von Tc-99m-IDA-Verbindungen (Galle) | 34,94 € |
| 40520 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17330, 17331 und 17310 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse) | 77,84 € |
| 40522 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17332, 17333 und 17350 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Eigerythrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche) | 56,98 € |
| 40524 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Liganden (Tumorlokalisation) | 373,81 € |
| 40526 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der | 383,55 € |

Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 oder 17350 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Antikörpern (Knochenmark, Entzündungslokalisation)**

| | | |
|-------|--|------------|
| 40528 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-markierten Mikro-/Nanokolloiden (Lymphknotendiagnostik) | 66,14 € |
| 40530 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung einer Tc-99m-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität) | 32,48 € |
| 40532 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17330 oder 17331 bei Verwendung von TI-201-CI (Myokard) | 70,00 € |
| 40534 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von J-123 (Schilddrüse) | 95,00 € |
| 40536 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von J-123-MIBG (chromaffine Tumoren/Nebennierenmark) | 350,00 € |
| 40538 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von J-123-FP-CIT (M. Parkinson, Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ (DLB)) | 830,00 € |
| 40540 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17321 bei Verwendung von J-131 (Schilddrüse) | 10,00 € |
| 40546 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von J-131-MIBG | 1.784,00 € |
| 40548 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der | 140,00 € |

Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von **In-111-Oxinat (Zellmarkierung)**

| | | |
|-------|--|------------|
| 40550 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von In-111-Octreotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik) | 766,00 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 40550 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40551 berechnungsfähig.</i> | |
| 40551 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von Tc-99m-Tektrotyd (Somatostatinrezeptor-Diagnostik) | 860,41 € |
| | <i>Die Gebührenordnungsposition 40551 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40550 berechnungsfähig.</i> | |
| 40552 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von In-111-DTPA | 304,70 € |
| 40554 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von Se-75-SeHCAT (Gallensäuren) | 474,75 € |
| 40556 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von Y-90-Colloid (Radiosynoviorthese) | 130,00 € |
| 40558 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von Re-186-Colloid (Radiosynoviorthese) | 163,00 € |
| 40560 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17371 bei Verwendung von Er-169-Colloid (Radiosynoviorthese) | 124,00 € |
| 40562 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 zur Therapie von Knochenmetastasen mit Radioisotopen | 1.355,00 € |

- | | | |
|--------------|--|------------|
| 40568 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von J-123-Hippuran (Niere) | 143,00 € |
| 40576 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von radioaktiv markierten Gasen (Lunge) | 350,00 € |
| 40580 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25331, 25332 oder 25333 bei Verwendung von Ir-192 | 320,00 € |
| 40582 | <p>Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid entstehen,</p> <p>je Injektion</p> <p><i>In der Kostenpauschale 40582 sind die Kosten für Radium-223-dichlorid nicht enthalten.</i></p> <p><i>Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).</i></p> | 65,00 € |
| 40584 | <p>Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 bei Verwendung von F-18-Fluorodesoxyglukose</p> <p><i>In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i></p> | 255,00 € |
| 40585 | <p>Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden</p> <p><i>In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.</i></p> | 1.100,00 € |
| 40.11 | Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe | |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 40680 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 | 513,00 € |
| 40681 | Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31364 | 92,53 € |
| 40685 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode entsprechend der Gebührenordnungsposition 31319 | 1.020,00 € |
| 40.12 | Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Für die Abrechnung von Sachkosten aus diesem Abschnitt gelten die Rahmenbedingungen der Anlage 35 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ). 2. Die Kosten für den Transport gemäß der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) von der Entnahmeeinrichtung zur Lagerungseinrichtung sowie von der Lagerungseinrichtung zur reproduktionsmedizinischen Einrichtung, welche die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen nach erfolgter Kryokonservierung durchführt, sind abweichend von 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zusätzlich gemäß 7.3 berechnungsfähig. 3. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten. | |
| 40700 | Kostenpauschale für Lagerung gemäß Kryo-RL, einmal im Behandlungsfall <i>Die Kostenpauschale 40700 ist für jedes Quartal berechnungsfähig in dem die Lagerung erfolgt, unabhängig davon, ob in diesem Quartal weitere ärztliche Leistungen abgerechnet werden.</i> | 68,00 € |
| 40701 | Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen, einmal im Behandlungsfall <i>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.</i> | 10,00 € |

40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen

| | | |
|-------|--|----------|
| 40750 | Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142 | 122,00 € |
| 40752 | Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144 | 200,00 € |
| 40754 | Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147 | 333,00 € |

40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

1. Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (d. h. mindestens 3 Hämodialysentage bzw. IPD-Dialysentage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysentagen als CAPD bzw. CCPD) durchgeführt werden. Die Vorverlegung einer Hämodialyse kann unter Berücksichtigung sozialer Aspekte mit Angabe einer Begründung von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Für die Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 ist in diesem Fall der Sonntag auf die aktuelle Behandlungswoche anzurechnen.
2. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824.
3. Die Preise für die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 werden nach der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal in vier Preisstufen differenziert.
 1. Bis zur 650. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 mit den Preisen der Preisstufe 1 vergütet. Von der 651. bis zur 1300. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 2. Von der 1301. bis zur 1950. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Preisstufe 3. Ab der 1951. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden diese Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 4 vergütet.
 2. Ein Beispiel: Eine Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte rechnet 1400 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40823 und 600 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824 ab. Für die Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ergeben sich

somit 1600 Dialysewochen. Im Ergebnis werden der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte von den 1600 Dialysewochen 650 mit dem Preis der Preisstufe 1, weitere 650 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 2 und 300 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 3 vergütet.

3. Die Unterscheidung der erbrachten Dialysewochen im abgerechneten Quartal nach dem Ort der Erbringung (Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) setzt voraus, dass Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte(n) sich nicht in derselben Örtlichkeit (zum Beispiel im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex) befinden. Andernfalls werden die in Betriebs- und Nebenbetriebsstätte(n) einer Praxis erbrachten Dialysewochen so zusammengefasst, als wenn sie in einer Betriebsstätte/einem Ort erbracht worden wären. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.
4. Ein Abschlag auf die Kostenpauschalen 40823 und 40824 erfolgt nicht, wenn die betreffenden Dialyseeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass die zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM erforderliche apparative Ausstattung (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung) ausschließlich von dieser Dialysepraxis genutzt wird.
4. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen, Sprechstundenbedarf sowie die Kosten der Beköstigung des Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Dialyseart für die Zeit der Dialysebehandlung. Weiterhin ist im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung die Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten sicherzustellen. Zur Erstattung kann mit dem Dialysepatienten eine Pauschale vereinbart werden. Dies gilt auch für die Erstattung der Stromkosten im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse (CCPD) als Heimdialyse. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten nicht die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7 finden keine Anwendung.

5. Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
6. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, können diese Vereinbarungen fortgeführt werden.

| | | |
|-------|--|----------|
| 40815 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, je durchgeführter Dialyse | 664,16 € |
| 40816 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche <i>Die Gebührenordnungsposition 40816 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40817 und 40819 berechnungsfähig.</i> | 879,19 € |
| 40817 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche <i>Die Gebührenordnungsposition 40817 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.</i> | 125,63 € |
| 40818 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse | 697,42 € |
| 40819 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, | 131,88 € |

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

Die Gebührenordnungsposition 40819 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.

- 40823 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 514,59 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 493,94 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 442,25 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 421,59 Euro

Die Gebührenordnungsposition 40823 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40824 bis 40828 berechnungsfähig.

- 40824 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40824 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 171,50 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 164,61 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 147,45 Euro

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 140,57 Euro

Die Gebührenordnungsposition 40824 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

- 40825 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen, 535,36 €

bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung,
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 **Peritonealdialysen** als CAPD bzw. CCPD, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen,
je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

76,48 €

Die Gebührenordnungsposition 40826 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40827 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **intermittierenden Peritonealdialysen (IPD)** oder Heimhämodialysen, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können,
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

178,49 €

Die Gebührenordnungsposition 40827 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40828 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort,
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

185,05 €

Die Gebührenordnungsposition 40828 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

| | | |
|-------|--|----------|
| 40829 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr | 10,59 € |
| 40830 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr | 3,50 € |
| 40831 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr | 21,19 € |
| 40832 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr | 7,10 € |
| 40833 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr | 31,78 € |
| 40834 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr | 10,59 € |
| 40835 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse <ul style="list-style-type: none">- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard und/oder <ul style="list-style-type: none">- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 | 95,33 € |
| 40836 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse <ul style="list-style-type: none">- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard und/oder <ul style="list-style-type: none">- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche | 31,78 € |
| 40837 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) | 317,78 € |

| | | |
|---|--|----------|
| 40838 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) , je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche | 105,93 € |
| 40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Mammographie-Screening-Programm) | | |
| 40850 | Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01750 | 5,85 € |
| 40852 | Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752, 01756 und 01758 oder Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien <i>Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen oder Filmfolien ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40852 nicht berechnungsfähig.</i> | 0,51 € |
| 40854 | Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01759 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40855 enthaltenen Markierungsclips je Seite | 320,00 € |
| 40855 | Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für die Verwendung von Markierungsclips je Seite | 100,00 € |
| 40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie | | |
| 40900 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401 , je durchgeführter Leistung | 430,67 € |
| 40901 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm² , je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche | 65,49 € |

| | | |
|-------|--|---------|
| 40902 | Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche > 20 cm², je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche | 71,39 € |
| 40903 | Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314, je Kalendertag | 47,54 € |
| 40910 | Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 13586 und/oder 13587, einmal im Behandlungsfall | 68,00 € |

VI Anhänge

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

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 Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2) | | | x |
| | Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(K)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung | | | x |
| | Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test) | | | x |
| | Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung | | | x |
| | Applikation von bronchokonstriktorisch wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen) | | | x |
| | Assistenz durch einen Arzt, der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen | | x | x |
| | Ätzung im Enddarmbereich | x | x | |
| | Ätzung im Kehlkopf | | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports | x | x | |
| | Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie | | x | x |
| | Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang | | x | |
| | Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge | | x | |
| | Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion" | | | x |
| | Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch | x | x | x |
| | Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten | | x | x |
| | Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes | | | x |
| | Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V | x | x | x |
| | Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Ausstellung einer Folgeverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V | x | x | x |
| | Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels Fernsprecher | x | x | x |
| | Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes | | | x |
| | Beratung der Bezugsperson(en) | x | x | x |
| | Beratung, auch mittels Fernsprecher oder im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä | x | x | x |
| | Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung | x | x | x |
| | Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten | x | x | |
| | Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time" | | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen | | | x |
| | Bestimmung des Reflexdecay | | | x |
| | Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie) | | | x |
| | Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung | | | x |
| | Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle | | x | |
| | Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung | | | x |
| | Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung | | | x |
| | Blutentnahme durch Venenpunktion | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung | | | x |
| | Chemische Ätzung der Hornhaut | | x | |
| | Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms | x | x | |
| | Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen | x | x | |
| | Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation | x | x | |
| | Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase | | | x |
| | Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege | | x | x |
| | Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage) | | | x |
| | Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien | | x | |
| | Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 Blickrichtungen je Auge) | | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge) | | x | |
| | Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode) | | x | |
| | Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigemulusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten | x | x | |
| | Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmprolapses und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm | x | x | x |
| | Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata | x | x | x |
| | Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung | x | x | |
| | Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße | | x | |
| | Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors | | x | |
| | Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung | | | x |
| | Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß | | | x |
| | Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastroskopie | | | x |
| | Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung | | x | x |
| | Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums | | | x |
| | Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle | x | x | x |
| | Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang | | | x |
| | Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung | | | x |
| | Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen | x | x | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum | | | x |
| | Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie | | | x |
| | Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel | | | x |
| | Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter | x | x | |
| | Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf | | x | |
| | Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation | | | x |
| | Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie) | | | x |
| | Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang | | | x |
| | Einrichtung des gebrochenen Brustbeins | | | x |
| | Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens | | | x |
| | Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermitteglied- oder Großzehenknochens | | | x |
| | Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite | | | x |
| | Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat | | | x |
| | Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell | | x | |
| | Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese | | x | |
| | EKG-Monitoring | x | x | x |
| | Elektrokardiographische Untersuchung | x | x | |
| | Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeneinführung | | x | |
| | Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren | x | x | |
| | Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr | | x | |
| | Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes | | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen | | x | |
| | Entfernung einer Zervix-Cerclage | | x | x |
| | Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle | | | x |
| | Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle | x | x | |
| | Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang | | | x |
| | Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren | x | x | |
| | Entfernung sichtbarer Kirschnerdrahte ohne Eröffnung der Haut | | | x |
| | Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen | x | x | x |
| | Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen | x | x | x |
| | Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung | x | X | |
| | Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht | | X | X |
| | Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen | x | X | |
| | Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung | x | x | x |
| | Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung | x | x | x |
| | Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en). | | | x |
| | Erhebung des Ganzkörperstatus | x | x | x |
| | Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlic 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. einschließlic Beratung und Erhebung | | x | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen | | | |
| | Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde. | | X | X |
| | Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde | | X | X |
| | Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand | | | X |
| | Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum) | X | X | |
| | Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen | X | X | X |
| | Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie ggf. Übertragung oder Löschung des | X | X | X |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä | | | |
| | Erstversorgung einer großen Wunde | | | x |
| | Erstversorgung einer Wunde | | | x |
| | Exophthalmometrie | | x | |
| | Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät | x | x | |
| | Extraktion eines Finger- oder Zehennagels | | | x |
| | Farbsinnprüfung mit Anomaloskop | | x | |
| | Fremdanamnese(n) | x | x | x |
| | Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit | | x | |
| | Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV) | | | x |
| | Gefäßendoskopie, intraoperativ | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen | | x | |
| | Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung | | x | |
| | Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung | | x | |
| | Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina | | x | x |
| | Gonioskopie | | x | |
| | Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch | | x | x |
| | Hörgerätekupplermessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe | | x | x |
| | Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen) | x | x | |
| | Hydrogalvanisches Teilbad | x | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie | | | X |
| | Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä. | | | X |
| | Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n) | | | X |
| | Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich | | | X |
| | Infusion, subkutan | X | X | |
| | Injektion, intraartikulär | X | X | X |
| | Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär | X | X | |
| | Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata | | X | |
| | Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern | | X | |
| | Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) | X | X | |
| | Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung | | X | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher | | | X |
| | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels | | | X |
| | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels | | | X |
| | Intravenöse Injektion | X | X | |
| | Kapillarmikroskopische Untersuchung | | X | X |
| | Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula | X | X | X |
| | EinmalKatheterisierung der Harnblase | X | X | X |
| | Katheterismus der Ohrtrompete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche | | X | |
| | Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen | X | X | X |
| | Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene | X | X | X |
| | Klinisch-neurologische Basisdiagnostik | X | X | X |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe | | x | |
| | Konservative Behandlung der Gaumenmandeln | x | x | |
| | Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/ Psychologischen Psychotherapeuten, 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 ₂ oder anderer Atemgase | | | x |
| | Mikro-Herzkatheterismus mittels Einschwemmkatheters in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, fortlaufender EKG-Kontrolle und ggf. Röntgenkontrolle, einschließlich Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters | | | x |
| | Milzszintigramm, einschließlich Funktions- und/oder Kapazitätsbestimmung mit radioaktiv markierten, ggf. alterierten Erythrozyten | | | x |
| | Mobilisierende Behandlung an der Wirbelsäule oder eines oder mehrerer Extremitätengelenke mittels Weichteiltechniken | x | x | x |
| | Nachweis von Mikroorganismen bei histologischer Untersuchung | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Oberflächenanästhesie der tieferen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle oder von Harnröhre und/oder Harnblase | x | x | x |
| | Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes | | x | x |
| | Objektive Refraktionsbestimmung | | x | |
| | Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen) | | | x |
| | Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision) | | | x |
| | Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen | | | x |
| | Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes | | | x |
| | Orientierende Farbsinnprüfung mit Farbtafeln | x | x | |
| | Orientierende psychopathologische Befunderhebung | x | x | x |
| | Orthograde Darmspülung, einschließlich Sondeneinführung in das Duodenum | | | x |
| | Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich Entfernung von Granulationsgewebe und/ oder Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel | | | x |
| | Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose | | | x |
| | Prostatamassage | x | x | |
| | Prüfung der Labyrinth auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ggf. einschließlich weiterer Provokationen (z. B. rotatorisch), ggf. einschließlich Prüfung der Koordination | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Pulsoxymetrische Untersuchungen | x | x | x |
| | Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien | x | x | |
| | Pulsschreibung und/oder Druckmessung an den Digitalarterien vor und nach definierter Kälteexposition | x | x | |
| | Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken | x | | x |
| | Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. qualitativer Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus | | x | |
| | Quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven | | | x |
| | Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis | | x | |
| | Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband | x | x | x |
| | Radionephrographie mittels radioaktiver Substanzen in weiteren Positionen, ggf. einschließlich Restharnbestimmung, ggf. einschließlich Gabe von Pharmaka | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband | x | x | x |
| | Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, ggf. einschließlich Probeexzision(en) | | | x |
| | Rhinomanometrische Untersuchung mittels Flußmessungen | | x | |
| | Röntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen, ggf. in mehreren Ebenen | | | x |
| | Röntgenaufnahmen eines 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 |
| | Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests | | x | |
| | Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur | | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen | | | |
| | Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges | | x | |
| | Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles | | x | |
| | Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht | | | x |
| | Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle | | | x |
| | Spirometrie | | x | x |
| | Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld | | x | x |
| | Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter | x | x | |
| | Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten | x | x | |
| | Spülungen jeglicher Art | x | x | x |
| | Standardisierte Sprachentwicklungstests (z. B. HSET, PPVT, PET, Wurst) oder gezielte Prüfungen der auditiven, visuellen, taktil-kinaesthetischen Wahrnehmungsfunktionen (z. B. Frostig, MVPT, Schilling-Schäfer, Mottier, von Deuster, BLDT) oder gezielte Prüfung der Grob- und Feinmotorik (z. B. MOT, LOS), ggf. einschließlich Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich | | | x |
| | Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich | x | x | x |
| | Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion | x | x | |
| | Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung | x | x | x |
| | Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen | x | x | x |
| | Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen | x | x | x |
| | Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation | x | x | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Streckverband | x | x | x |
| | Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension | | | x |
| | Subjektive Refraktionsbestimmung | x | x | |
| | Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite | x | x | |
| | Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung | x | x | |
| | Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln | | | x |
| | Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen | | | x |
| | Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen | | | x |
| | Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen | | | x |
| | Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen | | | x |
| | Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von 99m-Tc- | | | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern | | | |
| | Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen | | | X |
| | Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit ^{99m} Tc-markierten Substanzen | | | X |
| | Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen | | | X |
| | Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen | | | X |
| | Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skeletteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen | | | X |
| | Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/oder Infektionen | | | X |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung | x | x | |
| | Tape-Verband eines kleinen Gelenkes | x | x | x |
| | Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva | | | x |
| | Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik | | | x |
| | Tonometrische Untersuchung | | x | |
| | Topographische Untersuchung der Hornhaut | | x | |
| | Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung | | | x |
| | Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation | x | x | |
| | Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase | | | x |
| | Trepanation eines Finger- oder Zehennagels | x | x | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung | | | x |
| | Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig | | | x |
| | Tympanoskopie | | x | |
| | Überprüfung der Notwendigkeit und Erhebung notfallrelevanter Patientendaten zur Anlage und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum BMV-Ä, einschließlich Übertragung auf die eGK des Patienten und Aufklärung des Patienten | x | x | x |
| | Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe im Verlauf der Therapie | x | x | x |
| | Unblutige Beseitigung einer Paraphimose | x | x | |
| | Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/ Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses | x | x | x |
| | Untersuchung der oberen Trachea | | x | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr | | x | |
| | Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung | | x | |
| | Untersuchung(en) mittels CERA | | x | |
| | Uroflowmetrie einschließlich Registrierung | | x | |
| | Vektorkardiographie | x | x | x |
| | Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband | x | x | x |
| | Verschlussplethysmographische Untersuchung der Venen einer Extremität, einschließlich graphischer Registrierung | | | x |
| | Versilberung bei histologischer Untersuchung | | | x |
| | Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem | | x | x |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse | | | |
| | Verwendung eines Ganzkörperzusatzes | | | X |
| | Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium | | | X |
| | Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme | X | X | X |
| | Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene | X | | X |
| | Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf) | X | X | X |
| | Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren | X | X | X |
| | Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal | | | X |
| | Extraktion eines Milchzahnes | X | X | |
| | Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt | | | X |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| | Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband | x | x | x |
| | Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches | x | x | x |
| | Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schultereck-, Knie- oder Sprunggelenks | | | x |
| 01420 | Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege | x | | |
| 01422 | Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege | x | | |
| 01424 | Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege | x | | |
| 01440 | Verweilen außerhalb der Praxis | x | | |
| 01510 | Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h | x | | |
| 01511 | Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h | x | | |
| 01512 | Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h | x | | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| 01520 | Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie | x | | |
| 01521 | Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie | x | | |
| 01530 | Beobachtung nach diagnostischer Angiografie | x | | |
| 01531 | Beobachtung nach therapeutischer Angiografie | x | | |
| 01600 | Ärztlicher Bericht nach Untersuchung | x | x | |
| 01601 | Individueller Arztbrief | x | x | |
| 01602 | Kopie eines Briefes | x | | |
| 01610 | Bescheinigung zur Belastungsgrenze | x | | |
| 01612 | Konsiliarbericht vor Psychotherapie | x | | |
| 02100 | Infusion | x | | |
| 02101 | Infusionstherapie | x | | |
| 02110 | Erst-Transfusion | x | | |
| 02111 | Folge-Transfusion | x | | |
| 02112 | Eigenblut-Retransfusion | x | | |
| 02120 | Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe | x | | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| 02200 | Tuberkulintestung | x | | |
| 02320 | Magenverweilsonde | x | | |
| 02321 | Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter | x | | |
| 02322 | Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter | x | | |
| 02323 | Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter | x | | |
| 02330 | Blutentnahme durch Arterienpunktion | x | | |
| 02331 | Intraarterielle Injektion | x | | |
| 02340, 02341 | Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz) | x | | |
| 02342 | Lumbalpunktion | x | | |
| 02343 | Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage | x | | |
| 02350 | Fixierender Verband | x | | |
| 02360 | Anwendung von Lokalanästhetika | x | | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|--|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| 02400 | ¹³ C-Harnstoff-Atemtest | x | | |
| 02401 | H2-Atemtest | x | | |
| 03000 | Hausärztliche Grundvergütung | x | | |
| Aus 03000/ 04000 | Betreuung, Behandlung, Gespräch | x | | |
| 03001 | Koordination der hausärztlichen Betreuung | x | | |
| 03002 | Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen | x | | |
| 03005 | Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft | x | | |
| 03110 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr | x | | |
| 03111 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr | x | | |
| 03112 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr | x | | |
| 03115 | Konsultationskomplex | x | | |
| 03120 | Beratung, Erörterung, Abklärung | x | | |
| 03210 | Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en) | x | | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| 03211 | Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates | x | | |
| 03311 | Ganzkörperstatus | x | | |
| 03312 | Klinisch-neurologische Basisdiagnostik | x | | |
| 03313 | Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status | x | | |
| 03320 | EKG | x | | |
| 03340 | Allergologische Basisdiagnostik | x | | |
| 04000 | Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung | x | | |
| 04001 | Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung | x | | |
| 04002 | Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen | x | | |
| 04005 | Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft | x | | |
| 04110 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr | x | | |
| 04111 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr | x | | |

| Spaltenbezeichnung | | VP | GP | SG |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Legende | Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten | Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) | Leistung ist in sonstigen GOP enthalten |
| 04112 | Ordinationskomplex - Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres | x | | |
| 04115 | Konsultationskomplex | x | | |
| 04120 | Beratung, Erörterung, Abklärung | x | | |
| 04210 | Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en) | x | | |
| 04211 | Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates | x | | |
| 04311 | Ganzkörperstatus | x | | |
| 04312 | Klinisch-neurologische Basisdiagnostik | x | | |
| 04313 | Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status | x | | |
| 04320 | EKG | x | | |
| 04333 | Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status | x | | |
| 04340 | Allergologische Basisdiagnostik | x | | |
| 32000 | Laborgrundgebühr | x | x | |

3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V

Glossar

| | |
|------------|---|
| KA | Für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeit vorgegeben. |
| ./. | Keine Angabe einer Prüfzeit. |
| ° | Bei Nachweis der Anstellung eines/einer Orthoptisten/Orthoptistin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit. |
| °° | Bei Nachweis der Anstellung eines/einer qualifizierten Mitarbeiters/Mitarbeiterin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit. |
| °°° | Bei der Erstellung des Tagesprofils ist als Prüfzeit auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen. |

Anmerkungen:

- 1) Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen, vertraglich vereinbarte Kostenerstattungen und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 bis 11.4.4 EBM und 19.4.2 bis 19.4.5 EBM enthalten keine ärztlichen Kalkulations- und Prüfzeiten.
- 2) Der im Standardbewertungssystem verwendete Zeitbedarf für die ärztliche Leistung.
- 3) Gemäß der Allgemeinen Bestimmung 4.3.8 sowie den Anmerkungen unter den Gebührenordnungspositionen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung entsprechen die in Spalte 1 mit * gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen nicht der fachärztlichen Grundversorgung.
Zusätzlich zu den im Anhang 3 gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen werden die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3 EBM ebenfalls nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 01100 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme I | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01101 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme II | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01102 | Inanspruchnahme an Samstagen | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01205 | Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I) | 2 | ./. | Keine Eignung |
| 01207 | Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II) | 2 | ./. | Keine Eignung |
| 01210 | Notfallpauschale I | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01212 | Notfallpauschale II | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01214 | Notfallkonsultationspauschale I | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01216 | Notfallkonsultationspauschale II | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01218 | Notfallkonsultationspauschale III | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01220 | Reanimationskomplex | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01221 | Zuschlag Beatmung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01222 | Zuschlag Defibrillation | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01223 | Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01210 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01224 | Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01226 | Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01320* | Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser | KA | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 01321* | Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser | KA | 11 | Nur Quartalsprofil |
| 01322 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01323 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01410 | Besuch | KA | 13 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01411 | Dringender Besuch I | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01412 | Dringender Besuch II | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01413 | Besuch eines weiteren Kranken | KA | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01414* | Visite auf der Belegstation, je Patient | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01415 | Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| | bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal | | | |
| 01416 | Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01418 | Besuch im organisierten Not(-fall)dienst | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01420 | Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege | KA | 2 | Nur Quartalsprofil |
| 01422 | Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01424 | Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01425 | Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | KA | 15 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01426 | Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | KA | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01430 | Verwaltungskomplex | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01431 | Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01435 | Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01436 | Konsultationspauschale | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01438* | Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01440 | Verweilen außerhalb der Praxis | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01442 | Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01444 | Zuschlag Authentifizierung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01450 | Zuschlag Videosprechstunde | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01471 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01472 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 01473 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01474* | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01475 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Oviva Direkt für Adipositas | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01476 | Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA Mawendo | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01477 | Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella | KA | ./. | Keine Eignung |
| 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 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8 | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01510* | Ambulante Betreuung 2h | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01511* | Ambulante Betreuung 4h | 6 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01512* | Ambulante Betreuung 6h | 8 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01520* | Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie | 6 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01521* | Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie | 9 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 01601 | Individueller Arztbrief | 8 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 01671 | Telekonsiliarische Beurteilung | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 01699* | Zuschlag zur GOP 01700 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01700* | Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. | KA | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01701 | Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen | KA | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01702 | Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01703 | Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01704 | Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01705 | Neugeborenen-Hörscreening | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01706 | Kontroll-AABR | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01707 | Beratung zum Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie | 10 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01709 | Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie | 3 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01710 | Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01711 | U1 | 8 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01712 | U2 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01713 | U3 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01714 | U4 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01715 | U5 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01716 | U6 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01717 | U7 | 22 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 01731 | Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann | 8 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01732 | Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr | 19 | 15 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01734 | Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion | 3 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01735 | Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen | 6 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01737 | Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01738* | Hämoglobin im Stuhl, immunologisch | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01740 | Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms | 6 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01741 | Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) | 37 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01742 | Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen | 7 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01743* | Histologie bei Früherkennungskoloskopie | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 im Rahmen des Mammographie-Screening | KA | 11 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01759* | Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 | KA | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01760 | Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL | 9 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01761 | Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL | 12 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01762 | Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL | KA | 1 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie (SchKG) | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 01800* | TPHA/TPPA-Antikörper-Test | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01802* | Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01803* | Röteln-IgM-Immunoassay | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01804* | Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01805* | Untersuchung auf Dweak | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01806* | Bestimmung der Rhesusformel | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01807* | Antikörper-Suchtest | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01808* | Antikörper-Differenzierung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01809* | Quantitativer Antikörpernachweis | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 01810* | HBs-Antigen-Test | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01811* | HIV-Immunoassay | 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 Chlamydien-Screening | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01824 | Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01825 | Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche (Empfängnisregelung) | KA | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01826 | Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung) | KA | 1 | Nur Quartalsprofil |
| 01827 | Scheidensekret- Mikroskopie | KA | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01828 | Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01830 | Applikation eines 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 | KA | 24 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß ESA-Richtlinie | | | |
| 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 Bestimmung der Hepatitis-B-Virus-DNA gemäß Teil B III. der GU-RL | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01867* | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Nachweis von Hepatitis-C-Virus-RNA gemäß Teil B III. der GU-RL | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01869* | Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D aus mütterlichem Blut | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01870* | Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21 | KA | 3 | Nur Quartalsprofil |
| 01900 | Beratung wegen geplanter Abruption | 6 | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 01901 | Untersuchung vor Abruption | 7 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 01902 | Feststellung des Schwangerschaftsalters | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 01903* | Präanästhesiologische Untersuchung | 9 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 01904* | Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ | 29 | 23 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01905* | Abruptio, medizinische Indikation | 32 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01906* | Abruptio, 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 Abruptio | 9 | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 01913* | Narkose bei Abruptio | 68 | 62 | Nur Quartalsprofil |
| 01915* | Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01920* | Beratung vor Präexpositionsprophylaxe | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01921* | Einleitung der Präexpositionsprophylaxe | 10 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01922* | Kontrolle im Rahmen der Präexpositionsprophylaxe | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 01930 | Kreatinin im Serum/Plasma und eGFR Berechnung im Rahmen einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01931* | HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01932* | HBs-Antigen und HBc-Antikörper vor Beginn einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01933* | HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01934* | HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01935* | Treponemenantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 01936* | Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP | KA | ./. | Keine Eignung |
| 01949 | Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe | 7 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 01950 | Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 |
| 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 Implantateregistergesetz | 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 | 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 02300 | Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 02301 | Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 02302 | Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern | 10 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 02310 | Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n) | 9 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 02311 | Behandlung Diabetischer Fuß | 6 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 02312 | Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris | 3 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 02350 | Fixierender Verband | 5 | 4 | Nur Quartalsprofil |
| 02360 | Anwendung von Lokalanästhetika | KA | 3 | Nur Quartalsprofil |
| 02400* | ¹³ C-Harnstoff-Atemtest | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 03030 | Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03040 | Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03060 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03061 | Zuschlag zur GOP 03060 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03062 | Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03063 | Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03064 | Zuschlag zur GOP 03062 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 03065 | Zuschlag zur GOP 03063 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 03325 | Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 03326 | Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 03330* | Spirographische Untersuchung | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 03331* | Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 03335 | Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung | 3 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 03350 | Entwicklungsneurologische Untersuchung | 9 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 03351 | Untersuchung zur Sprachentwicklung | 11 | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr | 14 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| | ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr | 12 | 9 | Nur Quartalsprofil |
| | ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr | 15 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| | ab Beginn des 76. Lebensjahres | 21 | 16 | Nur Quartalsprofil |
| 04008 | Zuschlag Terminvermittlung Facharzt | KA | ./. | Keine Eignung |
| 04010 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 04020 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 04030 | Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme | KA | ./. | Keine Eignung |
| 04040 | Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 04243 | Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04321* | Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG) | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04322* | Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04324* | Langzeit-Blutdruckmessung | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04325 | Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 04326 | Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 04330* | Spirographische Untersuchung | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04331* | Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis | | | |
| 04372 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04373 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit | KA | ./. | Keine Eignung |
| 04410* | Zusatzpauschale Kinderkardiologie | KA | 28 | Nur Quartalsprofil |
| 04411* | Funktionsanalyse Herzschrittmacher | KA | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04413* | Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter | KA | 14 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04414* | Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter | KA | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 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* | Neuropädiatisches 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 toxizitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung | 13 | 12 | Nur Quartalsprofil |
| 04443* | Zusatzpauschale intensivierete Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen | 13 | 12 | Nur Quartalsprofil |
| 04511* | Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie | 14 | 11 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04512* | Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus | 10 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 04530* | Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie | 4 | 3 | Nur Quartalsprofil |
| 04532* | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests | 6 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04534* | Ergospirometrische Untersuchung | 9 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04535* | Schweißtest | 2 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04536* | Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse | 2 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04537* | Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers | KA | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 04538* | FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04550* | Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie | 17 | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 04551* | Zusatzpauschale spezielle kinderrheumatologische Funktionsdiagnostik | 12 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| 04560* | Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten | KA | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 04561* | Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers | KA | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 04562* | Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten | 19 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 04563* | Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä | KA | ./. | Keine Eignung |
| 04564* | Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse | KA | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04565* | Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 04566* | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse | KA | 12 | Nur Quartalsprofil |
| 04572* | Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese | KA | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04573* | Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis | KA | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 04580* | Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse | 10 | 9 | Nur Quartalsprofil |
| 04590 | Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05210 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 6 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 05211 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 6 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 05212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 7 | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 05215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05220 | Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05222 | Zuschlag zur GOP 05220 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05227 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 05230* | Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05310* | Präanästhesiologische Untersuchung | 8 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 05315 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 05320* | Leitungsanästhesie an der Schädelbasis | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05330* | Anästhesie oder Kurznarkose | 36 | 32 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05331* | Zuschlag weitere 15 Minuten | 17 | 15 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 05340* | Überwachung der Vitalfunktionen | 10 | 15 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05341* | Analgesie | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05350* | Beobachtung und Betreuung | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05360* | Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416 | 16 | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05361* | Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 05360 | 8 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05370* | Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten | 36 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05371* | Zuschlag zu der Nr. 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose | 15 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 05372* | Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 06320 | Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr ^o | 6 | 4 | Nur Quartalsprofil |
| 06321 | Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr ^o | 6 | 4 | Nur Quartalsprofil |
| 06330 | Perimetrie | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 06331* | Fluoreszenzangiographie | 9 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 06332* | PDT | KA | 32 | Nur Quartalsprofil |
| 06333 | Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 06334 | Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge | 9 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 06335 | Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge | 9 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 06336 | Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge | 6 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 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 | 11 | 11 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | Säuglingen, Kleinkindern und Kindern | | | |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 08212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 11 | 9 | Nur Quartalsprofil |
| 08215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 08220 | Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 08222 | Zuschlag zur GOP 08220 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 08227 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 08228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 08230* | Zuschlag Reproduktionsmedizin | 16 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 08231* | Zusatzpauschale Geburtshilfe | 8 | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 08310* | Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz | 43 | 32 | Nur Quartalsprofil |
| 08311* | Urethro(-zysto)skopie | 7 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08312* | Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin | KA | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08313* | Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08315 | Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08320* | Mammastanzbiopsie | 17 | 13 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08330 | Ring, Pessar Applikation | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08331 | Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08332 | Vaginoskopie | 5 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08333* | Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08334* | Zuschlag für die Polypentfernung | 5 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08340 | Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08341* | Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung | 7 | 6 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 08345* | Zusatzpauschale Onkologie | 14 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 08347* | Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08410* | Verweilen im Gebärraum | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08411* | Geburt | 53 | 47 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08412* | Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt | 26 | 20 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08413* | Äußere Wendung | 16 | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08414* | Innere oder kombinierte Wendung | 26 | 20 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08415* | Zuschlag Schnittentbindung | 37 | 28 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08416* | Entfernung der Nachgeburt | 16 | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 08510* | Erstellung eines Behandlungsplans | KA | ./. | Keine Eignung |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 08539* | Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion | KA | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 08540* | Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas | KA | ./. | Keine Eignung |
| 08550* | Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryonentransfer (ET) | KA | 40 | Nur Quartalsprofil |
| 08555* | Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) | KA | 60 | Nur Quartalsprofil |
| 08558* | Embryo-Transfer (ET), ggf. als 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 Samenzellen 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 | KA | 25 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| | zur intendierten Eizellentnahme (Kryo-RL) | | | |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 09222 | Zuschlag zur GOP 09220 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 09227 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 09228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 09310* | Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes | 5 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 09311 | Lupenlaryngoskopie | 6 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 09312* | Schwebe- oder Stützlarngoskopie | 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 Stimm lippen | 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 ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | 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 ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | 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 ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | 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 ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | 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 |
| 12220* | Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. | KA | ./. | Keine Eignung |
| 12225* | Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 12230* | Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13210 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 9 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 13211 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 14 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| 13212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 15 | 12 | Nur Quartalsprofil |
| 13215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13220 | Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13222 | Zuschlag zur GOP 13220 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13227 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 13250* | Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung | 7 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 13251* | Belastungs-EKG | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13252* | Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer | 1 | 1 | Nur Quartalsprofil |
| 13253* | Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer | 7 | 7 | Nur Quartalsprofil |
| 13254* | Langzeit-Blutdruckmessung | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13255* | Spirographische Untersuchung | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 Polypentfernung(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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422 | | | |
| 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 | | | |
| 13500* | Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung | 14 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 13501* | Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation | 13 | 12 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 13502* | Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie | 13 | 12 | Nur Quartalsprofil |
| 13505* | Aderlass | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13507* | Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13540 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 12 | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 13541 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 16 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 13542 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 17 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 13543 | Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13544 | Zuschlag zur GOP 13543 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13545* | Zusatzpauschale Kardiologie | KA | 28 | Nur Quartalsprofil |
| 13546 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13547 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 13548 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 13551* | Elektrostimulation des Herzens | 22 | 20 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13552* | Externe elektrische Kardioversion | 51 | 41 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13560* | Ergospirometrie | 9 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13561* | Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers | KA | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 13571* | Funktionsanalyse Herzschrittmacher | KA | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13573* | Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter | KA | 14 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13574* | Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter | KA | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 13575* | Funktionsanalyse CRT | KA | 18 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13576* | Telemedizinische Funktionsanalyse CRT | KA | 18 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 13601* | Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers | KA | 15 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 13660* | Ergospirometrie | 9 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 13661* | Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse | 2 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 14214 | Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 14215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 15228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 15310* | Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke | 3 | 3 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 | | | |
| 16230 | Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung | 32 | 26 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 17330* | Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung | 24 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 17331* | Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe | 15 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 Mehrphasenzintigraphie | 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 |
| 18220 | Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 18222 | Zuschlag zur GOP 18220 | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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, Seronegativer Spondylarthritis, Kollagenose, Myositis | 19 | 17 | Nur Quartalsprofil |
| 19210* | Konsiliarpauschale | KA | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 19215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 19310* | Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 19312* | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren | KA | 1 | Nur Quartalsprofil |
| 19313* | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315 | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom | KA | ./. | Keine Eignung |
| 19504* | Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| | 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom | | | |
| 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 |
| 20322 | Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 20350* | Pneumographie | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 20351* | Elektrolottographie | 9 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 21211 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 13 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| 21212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 13 | 11 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 21213 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 18 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 21214 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 18 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 21215 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 18 | 15 | Nur Quartalsprofil |
| 21216 | Zuschlag Fremdanamnese | 11 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 21217 | Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 21218 | Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21219 | Zuschlag zur GOP 21218 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21220 | Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung) | 13 | 11 | Tages- und Quartalsprofil |
| 21221 | Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung) | 10 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 21222 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21225 | Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21226 | Zuschlag zur GOP 21225 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21227 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21228 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21230 | Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung | 32 | 26 | Nur Quartalsprofil |
| 21231 | Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen | 18 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 21232 | Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung | 14 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 21233 | Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung | 25 | 17 | Nur Quartalsprofil |
| 21236 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 21237 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 21310 | EEG | 11 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 21311 | Langzeit-EEG | 39 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 21320 | Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung | 7 | 6 | Nur Quartalsprofil |
| 21321 | Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) | 13 | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 21330* | Konvulsionsbehandlung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 21340 | Testverfahren bei Demenzverdacht | KA | 1 | Nur Quartalsprofil |
| 22210 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 10 | 9 | Nur Quartalsprofil |
| 22211 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 14 | 11 | Nur Quartalsprofil |
| 22212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 12 | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 22213 | Zuschlag Fremdanamnese | 11 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 22215 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 22216 | Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 22218 | Zuschlag zur GOP 22216 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 22219 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 22220 | Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung) | 13 | 11 | Tages- und Quartalsprofil |
| 22221 | Psychosomatik (Einzelbehandlung) | 13 | 11 | Tages- und Quartalsprofil |
| 22222 | Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung) | 10 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 22228 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | | | |
| 22230 | Klinisch-neurologische Basisdiagnostik | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 23210 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 5 | 4 | Nur Quartalsprofil |
| 23211 | Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr | 6 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 23212 | Grundpauschale ab 60. Lebensjahr | 6 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 23214 | Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche | KA | 16 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 nach strahlentherapeutischer Behandlung | KA | ./. | Keine Eignung |
| 25310* | Weichstrahl- oder Orthovolttherapie | 0 | 0 | Tages- und Quartalsprofil |
| 25316* | Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung | KA | 0 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en) | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 26322* | Einlegen einer Ureterverweilschiene | 7 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 26323* | Wechsel einer Ureterverweilschiene | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 | 15 | 12 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| | Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum | | | |
| 30214 | Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen | 6 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30216 | Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit | 20 | 14 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30218 | Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom | 17 | 14 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30300* | Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) ^{°°} | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30301* | Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) ^{°°} | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30310* | Indikationsstellung zu TTF | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 30311* | Zusatzpauschale TTF | 17 | 14 | Nur Quartalsprofil |
| 30312* | Ausrichtung von TTF | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30320* | Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec mind. 60 Minuten | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30321* | Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec 2h | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30322* | Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec 4h | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30323* | Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparovec 6h | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30326* | Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparovec 4h | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30400* | Massagetherapie ^{°°} | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30401* | Intermittierende apparative Kompressionstherapie ^{°°} | KA | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30402* | Unterwassermassage ^{°°} | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30410* | Atemgymnastik (Einzelbehandlung) ^{°°} | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30411* | Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) ^{°°} | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30420* | Krankengymnastik (Einzelbehandlung) ^{°°} | KA | 12 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 30421* | Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) ^{oo} | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30430 | Selektive Phototherapie | 1 | 1 | Nur Quartalsprofil |
| 30431 | Zuschlag Photochemotherapie, PUVA | 1 | 1 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30440* | Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris | 11 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30500* | Phlebologischer Basiskomplex | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 30501* | Verödung von Varizen | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30600* | Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie | 4 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30601* | Zuschlag für die Polypentfernung | 5 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30610* | Hämorrhoiden-Sklerosierung | 5 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30611* | Hämorrhoiden-Ligatur | KA | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30700* | Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient | 22 | 18 | Nur Quartalsprofil |
| 30701 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700 | KA | ./. | Keine Eignung |
| 30702* | Zusatzpauschale Schmerztherapie | 28 | 22 | Nur Quartalsprofil |
| 30703 | Zuschlag Hygiene | KA | ./. | Keine Eignung |
| 30704* | Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702 | 17 | 13 | Nur Quartalsprofil |
| 30705 | Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall | KA | ./. | Keine Eignung |
| 30706* | Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie | 5 | ./. | Keine Eignung |
| 30708* | Beratung und Erörterung und/ oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30710* | Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika | KA | 3 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 Bluteere | 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 zur Behandlung mittels Körperakupunktur | 40 | 29 | Nur Quartalsprofil |
| 30791* | Durchführung einer Körperakupunktur | 5 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30932* | Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30933* | Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung) | KA | 19 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30934* | Erstellung eines Therapieplans | 20 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30935* | Bericht bei Therapieverlängerung | 8 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |
| 30940 | Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten | 3 | 2 | Nur Quartalsprofil |
| 30942 | Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson | 10 | 8 | Nur Quartalsprofil |
| 30944 | Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson | 10 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31011 | Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr | 25 | 21 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 31038* | Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 31060* | Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 31082* | Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31122* | Eingriff der Kategorie C2 | 36 | 29 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31147* | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7 | 138 | 112 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31171* | Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 | 22 | 19 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31196* | Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 | 119 | 72 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31223* | Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3 | 49 | 37 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31248* | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247 | 15 | 15 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31275* | Urologischer Eingriff der Kategorie Q5 | 93 | 61 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31302* | Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2 | 36 | 29 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31326* | Extraocularer Eingriff der Kategorie U6 | 119 | 72 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 31362* | Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK) | 38 | 31 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 | Tages- und Quartalsprofil |
| 31600 | Postoperative Behandlung durch den Hausarzt | 10 | 9 | Nur Quartalsprofil |
| 31601 | Postoperative Behandlung I/1a | 10 | 10 | Nur Quartalsprofil |
| 31602* | Postoperative Behandlung I/1b | 5 | 5 | Nur Quartalsprofil |
| 31608 | Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a | 15 | 15 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 33050 | Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae | 4 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 33051 | Sonographie der Säuglingshöften | 7 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 33052 | Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind | 6 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 33060* | CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße | 11 | 10 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 34342* | CT-Untersuchung des Beckens | 13 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34343* | Zuschlag Vollständige zweite Serie | 9 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34344* | Zuschlag Dynamische Serien | 10 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34345* | Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung | 7 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34350* | CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes | 9 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34351* | CT-Untersuchung der Hand, des Fußes | 9 | 6 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34360* | CT- gestützte Bestrahlungsplanung | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34410* | MRT-Untersuchung des Neurocraniums | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34411* | MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34420* | MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34421* | MRT-Untersuchung der Schädelbasis | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34422* | MRT-Untersuchung der Halsweichteile | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34430* | MRT-Untersuchung des Thorax | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34431* | MRT-Untersuchung der Mamma | KA | 10 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34440* | MRT-Untersuchung des Oberbauchs | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34441* | MRT-Untersuchung des Abdomens | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34442* | MRT-Untersuchung des Beckens | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34450* | MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34451* | MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile | 14 | 9 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34452* | Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung | 10 | 7 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34460* | Bestrahlungsplanung MRT | 5 | 5 | Tages- und Quartalsprofil |
| 34470* | MRT-Angiographie der Hirngefäße | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 Armarterien 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 |
| 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 | KA | 57 | Nur Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| | Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen | | | |
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 35140 | Biographische Anamnese ^{ooo} | 55 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35141* | Vertiefte Exploration ^{ooo} | 20 | 21 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35142* | Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde | 6 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35150 | Probatorische Sitzung ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35151 | Psychotherapeutische Sprechstunde ^{ooo} | 30 | 35 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35152* | Psychotherapeutische Akutbehandlung ^{ooo} | 30 | 35 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35163 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 3 TN | 38 | 38 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35164 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 4 TN | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35165 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 5 TN | 25 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35166 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 6 TN | 22 | 22 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35167 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 7 TN | 19 | 19 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35168 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 8 TN | 18 | 18 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35169 | Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 9 TN | 16 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35173 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN | 38 | 38 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35174 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35175 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN | 25 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35176 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN | 22 | 22 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35177 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN | 19 | 19 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35178 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN | 18 | 18 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35179 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN | 16 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35401* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 35402* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35405* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35411* | Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35412* | Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35415* | Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35421* | Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35422* | Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35425* | Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35431* | Systemische Therapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35432* | Systemische Therapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35435* | Systemische Therapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo} | 60 | 70 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35503* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN | 38 | 38 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35504* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35505* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN | 25 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35506* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN | 22 | 22 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35507* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN | 19 | 19 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35508* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN | 18 | 18 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35509* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN | 16 | 16 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35513* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN | 38 | 38 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35514* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN | 30 | 30 | Tages- und Quartalsprofil |
| 35515* | Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN | 25 | 25 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 36507* | Postoperative Überwachung 7 | 3 | 3 | Tages- und Quartalsprofil |
| 36800* | Regionalanästhesie durch den Operateur | 15 | 15 | Tages- und Quartalsprofil |
| 36801* | Retrobulbäre und/oder parabolbäre und/oder peribulbäre Anästhesie | 5 | 4 | Tages- und Quartalsprofil |
| 36802* | Tumesenzlokalanästhesie durch den Operateur | KA | 48 | Tages- und Quartalsprofil |
| 36820* | Leitungsanästhesie an der Schädelbasis | 9 | 8 | Tages- und Quartalsprofil |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 | KA | ./. | Keine Eignung |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|---|---|---------------------|---------------------------|
| | Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä | | | |
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|---------------------------|
| 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 |
| 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 |

| GOP ¹⁾ | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten ²⁾ | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|-------------------|--|---|---------------------|----------------------|
| 38100 | Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter | KA | ./. | Keine Eignung |
| 38105 | Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter | KA | ./. | Keine Eignung |
| 38200 | Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung) | KA | ./. | Keine Eignung |
| 38202 | Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit) | KA | ./. | Keine Eignung |
| 38205 | Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung) | KA | ./. | Keine Eignung |
| 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, Lecithin | III / 2007 |
| 32266 | Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Magnesium | III / 2007 |
| 32275 | Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Gold im Serum | III / 2007 |
| 32276 | Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Kobalt | III / 2007 |
| 32282 | Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Zinn | III / 2007 |
| 32399 | Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, CA 549 | III / 2007 |
| 32423 | Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial | III / 2007 |
| 32424 | Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors | III / 2007 |
| 32429 | Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline | IV / 2009 |
| 32436 | Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, Alpha-1-Glykoprotein | III / 2007 |
| 32477 | Immun(fixations)elektrophorese | IV / 2009 |
| 32534 | Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen | III / 2007 |
| 32577 | HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz | III / 2007 |
| 32703 | Antigennachweis Neisseria gonorrhoeae mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay | IV/2022 |
| | Bestimmung von Biotin | II / 2008 |
| | Bestimmung von Gamma-Interferon | II / 2008 |
| | Bestimmung von Heat Shock Protein | II / 2008 |
| | Bestimmung von Hyaluronsäure im Serum | II / 2008 |
| | Bestimmung von Kryptophyrrol | II / 2008 |
| | Bestimmung von Melanin im Urin | II / 2008 |
| | Bestimmung von Melatonin | II / 2008 |
| | Bestimmung von Molybdän | II / 2008 |
| | Bestimmung von N-Acetyl-Glucoseaminidase (NAG) | II / 2008 |

| GOP | Leistungsbeschreibung | Aufnahme zum Quartal |
|-------|---|----------------------|
| | Bestimmung von NK-Zell-Modulatorreste (oder NK-Zell-Funktionsanalyse, oder NK-Zell-Zytotoxizitätstest) | II / 2008 |
| | Bestimmung von Orosomucoid-Typisierung | II / 2008 |
| | Bestimmung von Oxidativer Stress (alle Untersuchungen im Rahmen des "oxidativen Stresses"), z. B. Glutathion, GPX, GSH oxidiert, Glutathion Reduktase, TAS/Total AntOX Schutz, Ubichinon Q 10, SOD/Superoxiddismutase, 8-OH-Deoxy-Guanosin, Malondialdehyd total 4-Hydrxynonenal, SAM/Adeonosyl-methionin, GST-alpha, GST-Theta, GST-pi, GSH intraz., AFMU/AF-3-Methyluracil, 1-Methylharnsäure | II / 2008 |
| | Bestimmung von Taurin | II / 2008 |
| 34491 | MRT-Angiographie einer Hand oder eines Fußes | IV / 2007 |
| ./. | MRT-Angiographie von Venen der oberen Extremität | IV / 2007 |
| ./. | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß als Kopieabdruck | I / 2008 |
| ./. | Respiratorische Biofeedback-Behandlung | IV/2015 |

6 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung in der nachfolgenden Tabelle berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich von den jeweils zugeordneten Fachgruppen entsprechend ihrer Bezeichnung in der ASV-RL berechnungsfähig. Sofern in der Tabelle Indikationen und sonstige Anforderungen genannt werden, sind die Gebührenordnungspositionen nur dann berechnungsfähig, wenn mindestens eine der genannten Indikationen vorliegt und alle Anforderungen erfüllt werden.
2. Sofern die im Anhang 6 aufgeführten Gebührenordnungspositionen aufgrund von Änderungen durch einen Beschluss des G-BA bei der Fachgruppenzuordnung und/oder den Indikationen und sonstigen Anforderungen von den Leistungsbeschreibungen in Abschnitt 1 und 2 der Anlage zur ASV-RL des G-BA abweichen, gelten bis zur entsprechenden Anpassung des Anhangs 6 EBM die vom G-BA getroffenen Regelungen hinsichtlich der zur Leistung berechtigten Fachgruppen, der Indikationen und sonstigen Anforderungen der Anlage zur ASV-RL.

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------------------------|--|--|---|
| 50.1 | 50100 | Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | - Augenheilkunde | |
| 50.1 | 50110 50111 50112 | Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Laboratoriumsmedizin | |
| 50.4 | 50400 | Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche | - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|--|---|
| 50.4 | 50401 | Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene | - Innere Medizin und Rheumatologie | |
| 50.5 | 50510 | Anlage 2 c) Hämophilie | - Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie | |
| 50.5 | 50511 | Anlage 2 c) Hämophilie | - Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie | |
| 50.5 | 50512 | Anlage 2 c) Hämophilie | - Transfusionsmedizin mit Zusatz- Weiterbildung Hämostaseologie | |
| 50.6 | 50600 | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie | |
| 50.6 | 50601 | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie | Durchführung als Überwachungskoloskopie. |
| 50.7 | 50700 | Anlage 2 b) Mukoviszidose | - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie | |
| 51.1 | 51010 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Urologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - | <ul style="list-style-type: none"> - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|--|---|
| | | Tumorgruppe 4: Hauttumoren | | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Viszeralchirurgie (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|--|---|
| | | Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges | - 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: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie | - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie | |
| | | Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | - Innere Medizin und Gastroenterologie | |
| 51.1 | 51011 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren | - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) | |
| | | Anlage 1. 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie | |

| 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 - Strahlentherapie | |
| | | 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 | |
| 51.2 | 51020 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren | - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren | - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|--|---|
| | | des Gehirns und der peripheren Nerven | <ul style="list-style-type: none"> - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie | |
| | | Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie - Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie | |
| | | Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose | <ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) | <ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin | |
| | | Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie | |
| | | Anlage 2 c) Hämophilie | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie | |
| | | Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologen - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | | - Neurologie | |
| | | Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- Rheumatologie | |
| | | Anlage 2 h) Morbus Wilson | - Innere Medizin und Gastroenterologie - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 2 k) Marfan- Syndrom | - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| | | Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie | - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie | |
| | | Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin | |
| 51.2 | 51021 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie | |

| 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"> - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie | |

| 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"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Erwachsene | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie | |
| | | Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie - Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie | |
| | | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie | |
| | | Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose | <ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) | <ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin | |
| | | Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|---|---|
| | | | - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie | |
| | | Anlage 2 c) Hämophilie | - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie | |
| | | Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen | - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Neurologie | |
| | | Anlage 2 e) schwerwiegende | - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|--|---|
| | | immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | <ul style="list-style-type: none"> - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie | |
| | | Anlage 2 h) Morbus Wilson | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Gastroenterologie - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie | |
| | | Anlage 2 k) Marfan-Syndrom | <ul style="list-style-type: none"> - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| | | Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | | - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie | |
| | | Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin | |
| 51.3 | 51030 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren | - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| | | Anlage 1.1 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 b) rheumatische | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|---|---|
| | | Erkrankungen Kinder und Jugendliche | - 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 (zystische Fibrose) | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 c) Hämophilie | - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen | - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 h) Morbus Wilson | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 k) Marfan- Syndrom | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| 51.3 | 51032 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorguppe 1: gastrointestinale Tumoren | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|---|---|
| | | und Tumoren der Bauchhöhle | | |
| | | 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 - 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 | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|--|---|---|
| | | 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) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 c) Hämophilie | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | 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 | |
| | | Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | 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 (zystische Fibrose) | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 c) Hämophilie | - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen | - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | Anlage 2 h) Morbus Wilson | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 k) Marfan-Syndrom | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| | | Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen | - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | |
| 51.4 | 51040 | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | - Strahlentherapie - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | - Strahlentherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | 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: Knochen- und Weichteiltumoren | - Strahlentherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-------|---|---|---|
| | | 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 (nur Mitglieder des Kernteams) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren | - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|---|---|---|
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie (Kernteam) | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie | |
| | | Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren | <ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie | |

| 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 - 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 | |
| | | Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: | - Augenheilkunde | |

| Abschnitt | GOP | Anlage zur ASV-RL | Fachgruppen | Indikationen und sonstige Anforderungen |
|-----------|-----|-----------------------------------|------------------|---|
| | | Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose | | |
| | | 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 [#] | 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 [#] | 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 |