



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 4. Quartal 2024

Arztgruppen-EBM

Strahlentherapeut

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.	17
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.	19
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	24
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.	26
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.	31
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende.	40
1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge.	47
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien.	51
1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit.	58
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen.	63
2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen.	63
2.2	Tuberkulintestung.	64
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen.	65
III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen.	71
III.b	Fachärztlicher Versorgungsbereich.	71
12	Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen.	71
12.2	Laboratoriumsmedizinische Pauschalen.	71
25	Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen.	72
25.1	Präambel.	72
25.2	Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen.	74
25.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen.	76
25.3.1	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie.	76
25.3.2	Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV).	77
25.3.3	Brachytherapie.	79
25.3.4	Bestrahlungsplanung.	81
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen.	84
30	Spezielle Versorgungsbereiche.	84
30.12	Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA.	86
30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA).	87
30.12.2	Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA).	91
32	In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin.	91
32.1	Grundleistungen.	93
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen.	102
32.2.1	Basisuntersuchungen.	102

32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen.	104
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen.	105
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen.	107
32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen.	108
32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen. . .	109
32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen.	111
32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen. . . .	111
32.3	Spezielle Untersuchungen.	112
32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen.	112
32.3.2	Funktionsuntersuchungen.	114
32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen.	115
32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen.	117
32.3.5	Immunologische Untersuchungen.	126
32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen.	131
32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen.	133
32.3.8	Parasitologische Untersuchungen.	138
32.3.9	Mykologische Untersuchungen.	139
32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen.	140
32.3.11	Virologische Untersuchungen.	146
32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen.	147
32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen.	154
32.3.15	Immungenetische Untersuchungen.	155
32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen. . . .	155
32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen.	158
33	Ultraschalldiagnostik.	161
34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie.	178
34.1	Präambel.	178
34.2	Diagnostische Radiologie.	179
34.2.1	Schädel, Halsweichteile.	179
34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie.	180
34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n).	181
34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens.	183
34.2.5	Urogenitalorgane.	186
34.2.6	Gangsysteme.	187
34.2.7	Mammographie.	188
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen.	189
34.2.9	Gefäße.	190
34.3	Computertomographie.	196
34.3.1	Neurocranium, Untersuchungen der Wirbelsäule.	196
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile.	197
34.3.3	Thorax.	197
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken.	198

34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke.	199
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT.	200
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie.	200
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule.	201
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile.	202
34.4.3	Thorax.	202
34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken.	203
34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke.	204
34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT.	205
34.4.7	MRT-Angiographien.	206
34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen.	209
34.6	Osteodensitometrie.	212
34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT).	213
34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT- Aufnahmen (Telekonsil).	219
35	Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie.	222
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen.	222
35.2	Antragspflichtige Leistungen.	234
35.2.1	Einzeltherapien.	237
35.2.2	Gruppentherapien.	245
35.2.3	Zuschläge.	253
35.2.3.1	Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2.	253
35.2.3.2	Zuschläge für Kurzzeittherapie.	254
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren.	255
36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich.	257
36.1	Präambel.	258
36.6	Belegärztlich konservativer Bereich.	258
36.6.1	Präambel.	258
36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen.	259
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.	259
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä.	259
V	Kostenpauschalen.	264
40	Kostenpauschalen.	264
40.1	Präambel.	264
40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien.	264
40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/ oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax.	265
40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln,	269

	zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest, Meldegebühr implantatbezogener Maßnahmen.	
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen.	271
40.7	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen.	272
40.8	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe.	272
40.9	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren.	272
40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide.	273
40.11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische und gynäkologische Eingriffe.	277
40.12	Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe.	278
40.13	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen.	279
40.14	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren.	279
40.16	Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening.	285
40.17	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie.	285
VI	Anhänge.	287
1	Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen.	288
3	Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V.	329
4	Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen.	441
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).	444
8	Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503.	477

I Allgemeine Bestimmungen

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

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

1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

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

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind nachfolgenden Bereichen zugeordnet:

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

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

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

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

1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe

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

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

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

1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

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

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

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

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

1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen

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

1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen

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

2 Erbringung der Leistungen

2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

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

2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

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

2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen

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

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

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

2.1.4 Berichtspflicht

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

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

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

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

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

oder

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

zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

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

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

2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht

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

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

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

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

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

2.2 Persönliche Leistungserbringung

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

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

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

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

3 Definition der Abrechnungsbestimmungen

3.1 Behandlungsfall

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

3.2 Krankheitsfall

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

3.3 Betriebsstättenfall

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

3.4 Arztfall

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

3.5 Arztgruppenfall

Der Arztgruppenfall ist definiert in § 21 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte (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-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

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

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

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

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

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

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

4.2.1 Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität

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

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

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

4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung

4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

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

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

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

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

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

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

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

Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.

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

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

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

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

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

4.3.3 Mindestkontakte

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

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

4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit

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

4.3.5 Altersgruppen

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

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebensjahres 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-Akutfalls erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 200 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

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

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

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

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

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

4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

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

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

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

oder

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Abrechnungsausschlüsse

4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.

4.4.2 Zuschlag

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

5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte

5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

5.2 Kennzeichnungspflicht

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

5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen

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

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

6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

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

6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

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

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

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

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

6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

7 Kosten

7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

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

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

Unterlagen, Telefaxen, digitalen Befunddatenträgern sowie Kosten für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses.

7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten

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

7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

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

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

7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten

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

II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

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 |
| | <ul style="list-style-type: none"> - 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 34,37 €
Obligater Leistungsinhalt 288 Punkte
- Elektrodefibrillation(en)
- und/oder
- Elektrostimulation(en) des Herzens
- Die Gebührenordnungsposition 01222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 05372 und 13551 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01222 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*
- 01223 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 15,28 €
einmal im Behandlungsfall 128 Punkte
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.*
- Die Gebührenordnungsposition 01223 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01223 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*
- 01224 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 23,27 €
einmal im Behandlungsfall 195 Punkte
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit voraus.*
- Die Gebührenordnungsposition 01224 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01224 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 01224 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01226 berechnungsfähig.*

01226 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall 10,74 €
90 Punkte

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.

1.4 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 Videodienstanbieters 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.

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.

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

Obigater 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.

01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V	30,19 € 253 Punkte
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V, höchstens zweimal im Behandlungsfall	18,14 € 152 Punkte
01430	Verwaltungskomplex <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder - Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder - Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen <i>Die Gebührenordnungsposition 01430 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - im Arztfall nicht neben anderen</i>	1,43 € 12 Punkte

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.

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 unbekanntes 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 unbekanntes 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 Videodienstleister des Vertragsarztes genutzt wird.

1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen abrechnet.
2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 sind bei kurativstationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 sind ausschließlich im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM berechnungsfähig. Sofern in einer Leistung nach einer Gebührenordnungsposition der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM bereits eine Nachbeobachtung enthalten ist, ist gemäß der jeweiligen Vorgabe in Spalte 3 des Anhangs 8 EBM lediglich die Gebührenordnungsposition 01502 oder 01503 berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01502 sowie die Gebührenordnungspositionen 01501 und 01503 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert der Abrechnungshäufigkeit je Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition aus Spalte 1 des Anhangs 8 EBM. Bei mehreren Indikationen zur Nachbeobachtung

oder Überwachung in einer Sitzung ist der Höchstwert mit der größten Stundenzahl für die Berechnungsfähigkeit maßgeblich.

5. Für die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 nur berechnungsfähig, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

01500 Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8 12,05 €
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 €
je vollendete 30 Minuten 70 Punkte

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 €
je vollendete 30 Minuten 107 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01503 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30326 berechnungsfähig.

Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung

Obligater Leistungsinhalt

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

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigten Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern und/oder einer Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation und/oder nach subkutaner Injektion von Trastuzumab

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

und/oder

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en)

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

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

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

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

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

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

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

Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

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

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.

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.

01620 **Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis**, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem **Muster 50**

3,58 €
30 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.

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
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) <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Erstellen eines Medikationsplans, - Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten <i>Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden.</i> <i>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.</i> <i>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.</i>	4,65 € 39 Punkte
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	9,55 € 80 Punkte

eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)*Obligater Leistungsinhalt*

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Krankheitsfall

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

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

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

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

Sofern für den Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen)) auf einer eGK angelegt wurde, die z. B. ausgetauscht oder verloren wurde, ist die Gebührenordnungsposition

01640 für die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes auf die neue eGK des Patienten nicht berechnungsfähig.

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

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

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

1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit

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

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 5,49 €
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 39,50 €
331 Punkte

Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten*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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 01960 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen

sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.

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

2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

2.1 Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen

02100 Infusion

8,00 €

67 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

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

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

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

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

02101 Infusionstherapie

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.

02120 **Erstprogrammierung** einer externen elektronisch programmierbaren **Medikamentenpumpe** zur Applikation von Zytostatika 12,05 €
101 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 und 30750 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02120 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

2.2 Tuberkulintestung

02200 **Tuberkulintestung** 1,07 €
Obligater Leistungsinhalt 9 Punkte

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux

oder

- Intrakutaner TINE-Test

oder

- Testung
 - kutan nach von Pirquetoder
 - perkutan nach Morooder
 - mittels Pflaster (Hamburger-Test),
- je Test

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

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

- Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder der Zusatzweiterbildung Phlebologie berechnet werden.

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

8,12 €
68 Punkte

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.

- 02310 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)** 25,30 €
212 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Abtragung von Nekrosen und/oder
 - Wunddebridement und/oder
 - Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
 - Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
 - Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
 - Anlage/Wechsel von Schienenverbänden, einmal im Behandlungsfall
- Die Gebührenordnungsposition 02310 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.*
- Die Gebührenordnungsposition 02310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02312, 02313, 02350 und 15323 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02344, 02360, 07340, 10330, 10340 bis 10342, 18340, 30214 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*
- 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.

02330 Blutentnahme durch Arterienpunktion

5,85 €
49 Punkte

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

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

02340 Punktion I

5,37 €
45 Punkte

Obigater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 01781,

01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

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

02341 **Punktion II**

16,35 €

137 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342 bis 02344, 04513, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

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

02344 Perkutane Biopsie

16,35 €

137 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Perkutane Biopsie an
 - Lymphknoten, mediastinal und/oder paraaortal und/oder
 - Vesiculae seminales und/oder
 - Epididymis und/oder
 - Ductus deferens und/oder
 - Funiculus spermaticus und/oder
- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Knochen: Skapula, Klavikula, Rippen, Sternum, Humerus, Radius, Ulna, Karpale, Metakarpale, Phalangen Hand, Wirbelsäule, Becken, Femur, Patella, Tibia, Fibula, Tarsale, Metatarsale, Phalangen Fuß und/oder
- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Muskeln und Weichteile: Schulterregion, Oberarm, Ellenbogen, Unterarm, Hand, Rumpf, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß,
- ein- oder beidseitig

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

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

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

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

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

08619 **Beratung gemäß § 4 Nr. 1 Kryo-RL**

10,74 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

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

12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen

12225 **Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung,**

0,60 €
5 Punkte

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

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

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschale nach der Nr. 12225 je beteiligten Vertragsarzt anzuwenden.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften zwischen den in den Nrn. 12220 und 12225 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach der Nr. 12220 anzuwenden.

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

25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen

25.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25213 nicht berechnungsfähig.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01414, 01416, 01418, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435, 01442, 01444, 01450, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01610, 01611, 01620 bis 01624, 01630, 01640 bis 01642, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02120, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341 und 02344.
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: 30810 und 30811, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.2, 30.12, 36.6.2 und 37.3 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35 und 40.
4. Das Zielvolumen (klinische Zielvolumen) ist bei benignen und malignen Erkrankungen definiert als das Volumen, in dem ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis) unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis erreicht werden soll. Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Volumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche Zielvolumina festgelegt. Zielvolumina sind z. B. Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion, Metastasen oder regionale Lymphabflusswege. Ein Zielvolumen kann auch ein Teilvolumen innerhalb eines größeren Volumens sein (simultan integrierter Boost). Primärtumor bzw. Primärtumorregion und Lymphabflusswege stellen grundsätzlich zwei Zielvolumina dar.

Eine Bestrahlungssitzung umfasst eine oder mehrere Bestrahlungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang (kleiner sechs Stunden) durchgeführt werden.

Eine Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder mehrerer onkologisch zusammenhängender Zielvolumina.

5. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens drei Zielvolumina, je Behandlungstag höchstens zwei Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens sechs Stunden berechnungsfähig. Die Zeiten sind auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren. Abweichend von Satz 1 sind bei stereotaktischer Radiochirurgie nach der Gebührenordnungsposition 25323 je Bestrahlungssitzung mehr als drei Zielvolumina berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungsposition 25316 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 0,5 Gy im Zielvolumen. Die Gebührenordnungsposition 25321 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen. Muss diese Dosis bei der Gebührenordnungsposition 25316 oder 25321 im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342, 25345 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können je Zielvolumen einer Bestrahlungsserie berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 oder 25345 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumervolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden. Abweichend von Satz 2 sind im Zusammenhang mit der stereotaktischen Radiochirurgie (Gebührenordnungsposition 25348) für dasselbe Zielvolumen die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 jeweils berechnungsfähig.
8. Radiologisch-diagnostische Verfahren des Kapitels 34 zur Bestrahlungsplanung nach den Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können unter laufender Strahlentherapie neben den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht berechnet werden. Abweichend hiervon ist im Rahmen einer laufenden interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 im Zusammenhang mit der Postimplantationskontrolle und Nachplanung nach der Gebührenordnungsposition 25336 zulässig.

9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
10. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
11. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
12. Die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen entstehenden Sachkosten sind mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 40580 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten Gebührenordnungspositionen.
13. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

<p>25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, - Situationsentsprechende Untersuchung, - Patientenaufklärung, - Überprüfung der vorliegenden Indikation, - Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, <p>einmal im Behandlungsfall</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.</i></p>	<p>38,43 € 322 Punkte</p>
<p>25211 Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p>	<p>124,23 € 1041 Punkte</p>

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,
 - Patientenaufklärung,
 - Überprüfung der vorliegenden Indikation,
 - Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,
 - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
 - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.

25213 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern, 184,02 €
1542 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25213 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

25214 Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung) 30,67 €
257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
 - Dokumentation(en),
 - Einleitung einer geeigneten Behandlung,
 - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
 - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25211 berechnungsfähig.

- 25215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25214,** 0,24 €
einmal im Behandlungsfall 2 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 25215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*
- 25228 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25210 bei gutartiger Erkrankung 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 25228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.*
- 25229 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25211 bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems 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 25229 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25229 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.*
- 25230 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25214 nach strahlentherapeutischer Behandlung 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 25230 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25230 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.*
- 25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen**
- 25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie**
- 25310 **Weichstrahl- oder Orthovolttherapie** 13,72 €
Obligater Leistungsinhalt 115 Punkte

- Therapie gutartiger und/oder bösartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie, je Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 25341 und 25342 sind zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig.

25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV)

25316 **Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen** 52,51 €
440 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT), für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

Die Gebührenordnungsposition 25316 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.

Entgegen 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 25316 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung von Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT) verfügt.

25317 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen,** 24,35 €
204 Punkte

je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

25321 **Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems** 114,57 €
960 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern,
- Bestrahlung in 3-D-Technik,
- Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),
- Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT),
- Anwendung von fraktionierter Stereotaxie,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,

für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.

Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Kodes C00-C97 Bösartige

Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im Folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildung der Meningen, D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildung: Hypophyse, D35.3 Gutartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis, D35.4 Gutartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Hypophyse, D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Ductus craniopharyngealis und D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]

Die Gebührenordnungsposition 25321 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.

Entgegen 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 25321 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung von Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT) und/oder der Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) und/oder der Anwendung von fraktionierter Stereotaxie verfügt.

25322 Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVBRL) 1.300,08 €
10894 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Linearbeschleuniger

oder

- Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- Radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 25322, bei denen eine Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 25322 indiziert ist,

für das erste Zielvolumen

Die Gebührenordnungsposition 25322 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVB-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, so ist die

Gebührenordnungsposition 25322 erneut im selben Krankheitsfall für das erste Zielvolumen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25322 ist auch berechnungsfähig bei einer Verteilung der Strahlendosis im Rahmen der stereotaktischen Radiochirurgie auf bis zu fünf Sitzungen. Die Durchführung der Leistung in mehreren Sitzungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

25323	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25322 für die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen	324,96 € 2723 Punkte
25324	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung	28,76 € 241 Punkte
25328	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy, je Bestrahlungssitzung <i>Die Gebührenordnungsposition 25328 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.</i>	57,28 € 480 Punkte
25329	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern, je Bestrahlungssitzung <i>Die Gebührenordnungsposition 25329 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.</i>	37,35 € 313 Punkte

25.3.3 Brachytherapie

1. Bestrahlungsplanungen für Leistungen der Brachytherapie dieses Abschnittes sind nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 zur Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) sind gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Fachärzten für Urologie berechnet werden, die über die von der Genehmigungsbehörde für die Anwendung der LDR-Brachytherapie zugrunde gelegte erforderliche Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin verfügen.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 136

Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

5. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 zur LDR-Brachytherapie gelten, abweichend von der Präambel 25.1 Nr. 1, die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil des Gemeinsamen Bundesausschusses.

25330 Moulagen- oder Flabtherapie

163,97 €

Obligater Leistungsinhalt

1374 Punkte

- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden an äußeren oder inneren Körperoberflächen (Moulagen- oder Flabtherapie),
 - Bestrahlungsplanung(en),
- je Behandlungstag

25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie

844,56 €

Obligater Leistungsinhalt

7077 Punkte

- Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden - ausgenommen Gefäße -
 - in vorgeformten Körperhöhlen und/oder
 - in schlauchförmigen Organen (z. B. Ösophagus) und/oder
 - Gängen,
 - Bestrahlungsplanung(en),
- je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25331 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25332 und 25333 berechnungsfähig.

25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie

507,79 €

Obligater Leistungsinhalt

4255 Punkte

- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden,
 - Bestrahlungsplanung(en),
- je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25332 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

25333 Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

844,56 €

Obligater Leistungsinhalt

7077 Punkte

- Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlungsplanung(en),
je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25333 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

25335	Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses	1.006,27 € 8432 Punkte
-------	---	---------------------------

Obligater Leistungsinhalt

- Interstitielle Brachytherapie im LDR-Verfahren,
- Bestrahlungsplanung(en),
- Information über die Notwendigkeit der Durchführung der Untersuchungen zur Postimplantationskontrolle,
einmal im Krankheitsfall

Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 25335 im Krankheitsfall ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.

Haben an der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 25335 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition 25335 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Die Gebührenordnungsposition 25335 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25336 berechnungsfähig.

25336	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,	120,17 € 1007 Punkte
-------	--	-------------------------

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25336 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT voraus.

Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 25336 im Krankheitsfall ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.

Die Gebührenordnungsposition 25336 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25335 berechnungsfähig.

25.3.4 Bestrahlungsplanung

- 25340 **Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung** ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung 14,32 €
120 Punkte
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Simulation(en)
- Die Gebührenordnungsposition 25340 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde. Die Gebührenordnungsposition 25340 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25341, 25342 und 25345 berechnungsfähig.*
- 25341 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung 413,27 €
3463 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
 - Physikalische Bestrahlungsplanung,
 - Autorisierung des Bestrahlungsplans
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Simulation(en)
- Die Gebührenordnungsposition 25341 ist zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 25341 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde. Die Gebührenordnungsposition 25341 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25342 berechnungsfähig.*
- 25342 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung **für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung** 566,14 €
4744 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
 - Physikalische Bestrahlungsplanung,
 - Autorisierung des Bestrahlungsplans
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Simulation(en)
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25342 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT voraus. Die Gebührenordnungsposition 25342 ist zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 25342 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.*

25343 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie), je Bestrahlungsserie	148,58 € 1245 Punkte
25345 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie <i>Die Gebührenordnungsposition 25345 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben der Gebührenordnungsposition 25340 berechnungsfähig.</i>	125,78 € 1054 Punkte
25348 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie nach der Gebührenordnungsposition 25322 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche, - Physikalische Bestrahlungsplanung, - Autorisierung des Bestrahlungsplans, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Bestrahlungsplanung mehrerer Metastasen, - Bestrahlungsplanung für die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 25322, bei denen eine Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 25322 indiziert ist, einmal im Krankheitsfall <i>Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, so ist die Gebührenordnungsposition 25348 erneut im selben Krankheitsfall berechnungsfähig.</i> <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25348 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT und/oder -MRT voraus. Abweichend von Satz 2 der Nr. 7 der Präambel 25.1 sind im Zusammenhang mit der stereotaktischen Radiochirurgie für dasselbe Zielvolumen die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 jeweils berechnungsfähig.</i>	3.791,76 € 31773 Punkte

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

- 30310 **Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit Tumortherapiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 15,28 €
128 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Indikationsstellung aufgrund einer Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- einmal im Krankheitsfall
- 30311 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit Tumortherapiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 28,04 €
235 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TTF,
 - Überprüfung der Krankheitsprogression und der Indikation zur Anwendung von TTF,
 - Fortlaufende Beratung zur Anwendung von TTF,
 - Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
 - Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
 - Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
 - Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von TTF,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Erst- oder Folgeverordnung von TTF über einen Zeitraum von 3 Monaten,
 - Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
 - Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,

- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30311 ist im Arztfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13500 berechnungsfähig.

30312 Zusatzpauschale für die Entscheidung über die Ausrichtung von Tumortherapiefeldern (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 7,76 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aushandigung und Erläuterung des Positionierungsdiagramms im Rahmen der Erst- oder Neuausrichtung der TTF,

bis zu dreimal im Behandlungsfall

30810 Erstverordnung Soziotherapie 20,05 €
168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden,
- einmal im Krankheitsfall

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

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

30811 Überprüfung der Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie 20,05 €
168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung und Anpassung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,
- Beobachtung und Abstimmung des Therapieverlaufs,

- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

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

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

30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12, mit Ausnahme der Laborziffern gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956, ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.
2. Die Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 können nur von Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 32.3.10 erteilt wurde.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur bei Risikopatienten für eine/mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie bei deren Kontaktperson(en) bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11-13 Monate) nach Abschluss der Eradikationstherapie berechnungsfähig. Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:
 - Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder
 - Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)
 - und/oder
 - Patient mit Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeinfektion
 - und/oder
 - Patient mit Dialysepflichtigkeit.
4. Die Sanierungsbehandlung beginnt mit der Eradikationstherapie. Die Eradikationstherapie umfasst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die

Kontrollabstrichentnahmen durchgeführt werden bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.

5. Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.
6. Sofern ein Patient im Laufe der weiteren Sanierungsbehandlung einen positiven Kontrollabstrich aufweist, kann nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie vorgenommen werden, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht mehr erfüllt. Sofern eine weitere Eradikationstherapie erforderlich ist, kann diese nur nach Vorstellung des Falles in einer Fall- und/oder Netzwerkkonferenz erfolgen, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht mehr erfüllt. Soweit keine Fall-/Netzwerkkonferenz erreichbar ist, hat der behandelnde Arzt sich bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend zu informieren.
7. Bei den Gebührenordnungspositionen 30942, 30944, und 30950 darf der ICD-10-GM Sekundärkode U80.00 bzw. U80.01 nur zusätzlich zu einem Diagnosekode nach ICD-10-GM angegeben werden.

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

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

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

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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durch-/Weiterführung der Eradikationstherapie, ausgenommen der Wundversorgung,

- Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung der Standardsanierung,
- Aufklärung und Beratung zu Hygienemaßnahmen, der Eradikationstherapie und der weiteren Sanierungsbehandlung, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en),
- Aushändigung des MRSA-Merkblattes,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

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

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und/oder Beratung des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en)

oder

- Aufklärung und/oder Beratung einer Kontaktperson des Patienten gemäß der Gebührenordnungsposition 30946,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 30944 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische

Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

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

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,
einmal im Behandlungsfall

Die Kontaktperson muss in dem Zeitraum gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 mindestens über vier Tage den Schlafräum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben.

Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung.

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

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur in Behandlungsfällen in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942 berechnungsfähig, in denen der abrechnende Arzt eine Eradikationstherapie durchführt, und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.

Ärzte, die aus dem Abschnitt 30.12 ausschließlich Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 erbringen und berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 30948 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 30954 und/oder 30956 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von 1.720 Punkten je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

vorträgt, ein Höchstwert von 2.838 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.

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

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

30950 Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)

2,27 €

19 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30950 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig, wenn das Ergebnis der (des) Abstriche(s) vorliegt.

30952 Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)

2,27 €

19 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6

Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der
Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur
dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13
Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der
Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im
Behandlungsfall

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

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

30954 Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden

6,09 €
51 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nicht neben der
Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.*

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

2,98 €
25 Punkte

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

*Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nicht neben der
Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.*

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

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig,
wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie
der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer
laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres
bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle
Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen
Untersuchungen.

2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen berechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition und nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Gebührenordnungsposition abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Gebührenordnungspositionen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
6. "Ähnliche Untersuchungen" können nur dann berechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.
8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.
9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition, soweit nichts anderes bestimmt ist.
10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den Gebührenordnungspositionen nicht enthalten.

12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
13. In den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.
14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat (gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).
15. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mit. Dies gilt sinngemäß für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.
16. In Anhang 4 zum EBM sind Laborleistungen aufgeführt, die nicht bzw. nicht mehr berechnungsfähig sind. Diese Leistungen sind auch nicht als "Ähnliche Untersuchungen" berechnungsfähig.
17. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.
18. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

32.1 Grundleistungen

1. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird, vergütet. Die Gebührenordnungsposition 32001 ist nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig. Abweichend

von den Sätzen 1 und 2 wird der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 32001 in selektivvertraglichen Fällen im Quartal vergütet, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist.

Die Wirtschaftlichkeit der von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 wird anhand des arztpraxispezifischen Fallwertes gemäß Nummer 2 in Form eines Wirtschaftlichkeitsfaktors nach den Nummern 4 und 5 berechnet.

Für die Ermittlung der arztpraxispezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 ist die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor gemäß den Nummern 4 und 5 zu multiplizieren.

2. Der arztpraxispezifische Fallwert wird - unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 - ermittelt als Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.

Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalles für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

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

Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert.

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,90	2,40
7	Chirurgie	0,00	0,40
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00	2,60
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	3,90	60,80
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
10	Dermatologie	0,50	2,30
11	Humangenetik	0,00	2,80
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

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

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

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich der arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwert sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem

Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

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

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

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

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32779; 32816; 32865; 32866; 32867; 32869; 32880; 32881; 32882
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151; 32459; 32720; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32763; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777
Spezifische antivirale Therapie der chronischen viralen Hepatitiden	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32815; 32817; 32823; 32827

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	32172; 32176; 32177; 32178; 32179; 32185; 32186; 32565; 32566; 32567; 32568; 32572; 32573; 32574; 32575; 32584; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32611; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623; 32624; 32629; 32630; 32636; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32701; 32705; 32707; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32743; 32745; 32746; 32747; 32748; 32749; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32764; 32768; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777; 32780; 32781; 32782; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32804; 32805; 32806; 32807; 32808; 32809; 32810; 32825; 32830; 32833; 32834; 32835; 32837; 32839; 32842; 32850; 32851; 32852; 32853
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß 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	32008	32070; 32071; 32120; 32305; 32314; 32342

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
oder Psychosen unter Clozapintherapie		
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009	32380; 32426; 32427
Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011	32112; 32113; 32115; 32120; 32203; 32208; 32212; 32213; 32214; 32215; 32216; 32217; 32218; 32219; 32220; 32221; 32222; 32228
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32012	32066; 32068; 32070; 32071; 32120; 32122; 32155; 32156; 32157; 32159; 32163; 32168; 32169; 32324; 32351; 32376; 32390; 32391; 32392; 32394; 32395; 32396; 32397; 32400; 32446; 32447; 32527
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144; 32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/ oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	32017	32082; 32101; 32309; 32310; 32320; 32321; 32359; 32361; 32367; 32368; 32370; 32371; 32401; 32412
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/	32020	32374; 32379; 32784; 32843; 32844; 32901; 32902; 32904; 32906; 32908; 32910; 32911;

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation		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

Versicherten-, Grund- oder Kosiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	37
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
10	Dermatologie	10
11	Humangenetik	3
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	23
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
16	Neurologie, Neurochirurgie	6
17	Nuklearmedizin	23
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	6
20	Phoniatry, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3

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

- 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 €
<p><i>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.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32025 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32026 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32027 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32117 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32025 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.</i></p>	
32030 Orientierende Untersuchung	0,50 €
<p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter <ul style="list-style-type: none"> - Reagenzträger oder - Reagenzzubereitungen <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparative Auswertung, - Verwendung von Mehrfachreagenzträgern <p><i>Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.</i></p>	
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	0,50 €

auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung

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 €
-------	--	--------

Obligatorer Leistungsinhalt

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

und/oder

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Die Gebührenordnungsposition 32045 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01827 berechnungsfähig.

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

32046 **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 <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>	0,80 €
32092	Quantitative Bestimmung CK-MB <i>Die Gebührenordnungsposition 32092 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i>	1,15 €
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 <i>Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften berechnungsfähig.</i>	19,40 €
32101	Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH), je Untersuchung Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106, je Untersuchung	3,00 €
32103	Immunglobulin A (Gesamt-IgA)	0,60 €
32104	Immunglobulin G (Gesamt-IgG)	0,60 €
32105	Immunglobulin M (Gesamt-IgM)	0,60 €
32106	Transferrin	0,60 €
32107	Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung	0,75 €

32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

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

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 32117 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32027 berechnungsfähig.

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

32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120	Bestimmung von mindestens zwei der folgenden Parameter : Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt	0,50 €
-------	---	--------

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

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

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

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

32122	Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Hämoglobin,	1,10 €
-------	--	--------

- Hämatokrit,
- Erythrozytenzählung,
- Leukozytenzählung,
- Thrombozytenzählung,
- Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Mechanisierte Zählung der Retikulozyten,
- Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen

Die Gebührenordnungsposition 32122 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32051, 32120, 32121 und 32125 berechnungsfähig.

32123 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 32121 oder 32122 bei **nachfolgender mikroskopischer Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches 0,40 €

32124 Bestimmung der **endogenen Kreatininclearance** 0,80 €
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 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32134 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i>	
	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 €
	<i>Die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32292 berechnungsfähig.</i>	
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 €
	<i>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.</i>	
	<i>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.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32148 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig.</i>	

- 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)	5,60 €
	<i>Obligatorer Leistungsinhalt</i>	
	- Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm)	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Färbung, auch mehrere Präparate,	

- Epilation

32172 Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf **Parasiten**, z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, **im gefärbten Blutaussstrich** und/oder **Dicken Tropfen** 8,40 €

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182, je Untersuchung

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 6,30 €

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32185 bis 32187, je Untersuchung

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 Spermias** [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 €
	<i>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.</i>	
	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 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32198 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Die Gebührenordnungsposition 32197 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32124 berechnungsfähig.</i>	
	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</i>	

Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Ecarin-Clotting-Time, anti-Xa Aktivität.

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 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Tripletstrukturen,	75,00 €

- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
- Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation

Die Gebührenordnungsposition 32229 ist bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (z. B. lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleistungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig und setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.

32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen

Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32238, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248,

je Untersuchung

32230	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 (apparative Bestimmung)	8,10 €
32245	Gallensäuren	16,10 €
32246	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	10,20 €
32248	Magnesium	1,40 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) und Zinkprotoporphyrin.

32247	Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status	13,80 €
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut, - Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO ₂), - Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO ₂)	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO ₂), - 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. 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 €
	<i>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.</i>	

Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption oder ICP-MS, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283,

je Untersuchung

32265	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 Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	20,30 €
32293	Arzneimittel Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	10,40 €
32294	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	19,70 €

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.

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	20,90 €
<p><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></p>		
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 ¹³ C-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 €
	<i>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.</i>	
	<i>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.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32824 berechnungsfähig.</i>	
	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 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32455 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, Lösl. Transferrin-Rezeptor und Gesamthämolytische Aktivität.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32450 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.</i>	
32456	Quantitative Bestimmung des Lipoproteins(a)	11,90 €
	<i>Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32456 beträgt 33,40 EURO.</i>	
32457	Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß, einmal im Behandlungsfall	6,21 €

Die Gebührenordnungsposition 32457 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01737 und 01738 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung mittels Immunelektrophoretik, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32459 bis 32461,
je Untersuchung

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,

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z. B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- 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 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32475 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungsposition 32468 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32312 berechnungsfähig.

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 <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	20,00 €
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 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,	18,65 €
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 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32507 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32506 berechnungsfähig.</i>	
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 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32510 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 19430 berechnungsfähig.</i>	
	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	Aktivierete T-Zellen	8,90 €
32526	Zytotoxische T-Zellen	8,90 €
32527	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	11,50 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	
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 <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - A-Untergruppe, - Serumeigenschaften	9,60 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32540 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01804 berechnungsfähig.</i>	

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 <i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32555 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	8,70 €

Die Gebührenordnungsposition 32554 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01809 berechnungsfähig.

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 €

Die Gebührenordnungsposition 32557 ist am Behandlungstag höchstens viermal berechnungsfähig.

32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von **Streptokokken-Antikörpern**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32560 bis 32563,
je Untersuchung

32560 **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 €

Obligater Leistungsinhalt

- Quantitative Antistaphylolysinbestimmung

Fakultativer Leistungsinhalt

- 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 €

Die Gebührenordnungsposition 32566 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01800 und 01935 berechnungsfähig.

32567 **Treponemenantikörper-Bestimmung** (nur bei positivem Suchtest), quantitativ je **Immunglobulin IgG oder IgM** 14,10 €

32568 **Treponema pallidum Bestätigungsteste** (Immunoblot oder **FTA-ABS**), 21,90 €

einmal im Krankheitsfall

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>Obligater 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 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 32629 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01833 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32630 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32801 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32594 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32803 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32601 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32809 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32818 und 32831 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32618 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 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.

- 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**, je Untersuchung unter Angabe des Antigens 10,40 €

32686 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, je Untersuchung unter Angabe des Antigens 11,70 €

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** 10,10 €

Obligater Leistungsinhalt

- Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens 8 Reaktionen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kulturelle Verfahren,
je Hefeart

Die Gebührenordnungsposition 32689 ist bei derselben Hefeart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.

32690	Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren, 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>Obligator 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 mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32704 bis 32707, je Untersuchung	19,90 €
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 €
	<i>Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32707 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.</i>	
	<i>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.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02400 und 32315 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32704 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.</i>	
	Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien , gilt für die Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32727,	
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien,	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Keimzahlbestimmung,	
	- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,	
	- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),	
	je Untersuchung	
32720	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 Gebührenordnungspositionen 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32740 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 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724, 32726 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 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 betahämolisierende 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>	
	- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels	
	- biochemischer und/oder kultureller Verfahren	
	oder	
	- Nukleinsäuresonden,	

	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Subkultur(en), je Bakterienart und/oder -typ	
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>	
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	18,70 €
32769	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32768 bei Bestimmung der minimalen bakteriziden Konzentration (MBK) durch Subkulturen, je Untersuchungsprobe	9,20 €
32770	Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien in Reinkultur, je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils zwei Abstufungen	7,90 €

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** 8,50 €

Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en),

je Bakterienart und Resistenzmechanismus

- 32777 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten Bakterien aus einem Material** 6,93 €
- mit atypischem Färbeverhalten nach Gram
 - oder
 - für die gemäß EUCAST oder CLSI ein von den Gebührenordnungspositionen 32772 oder 32773 abweichender Leistungsinhalt definiert ist,

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.

32.3.11 Virologische Untersuchungen

Nachweis von **Virus-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder mittels **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32779 bis 32782 und 32784 bis 32791,

je Untersuchung

- 32779 **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 13,20 €

Untersuchungen mittels vorgefertigter Reagenzträger (z. B. immunochromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32779 berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32779 setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.

Die Gebührenordnungsposition 32779 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungsposition 32781 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01810 und 01932 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32785 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32800 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32781 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 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 32789 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32853 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32790 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32853 berechnungsfähig.

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

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 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 32809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32601 berechnungsfähig.</i>	

- 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> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32824 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 berechnungsfähig.</i></p> | 89,50 € |

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 <i>Die Gebührenordnungsposition 32833 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.</i>	19,90 €

32834	Nukleinsäurenachweis von Erreger im Liquor	19,90 €
32835	Nukleinsäurenachweis von HCV, einmal im Behandlungsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 32835 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01867 berechnungsfähig.</i>	43,40 €
32837	Nukleinsäurenachweis von MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring) <i>Die Gebührenordnungsposition 32837 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnungsfähig.</i>	19,90 €
32839	Nukleinsäurenachweis von Chlamydien <i>Die Gebührenordnungsposition 32839 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915 und 01936 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32839 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.</i>	19,90 €
32842	Nukleinsäurenachweis von Mykoplasmen <i>Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32842 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.</i>	19,90 €
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, einmal im Behandlungsfall	19,90 €
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 €
Obligatorer 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 der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation) 308,50 €
Obligatorer Leistungsinhalt

- Untersuchung des CYP2D6-Gens mittels Sequenzanalyse,
Fakultativer Leistungsinhalt
 - Untersuchung auf eine Deletion und/oder Duplikation,
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 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- 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 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung des DPYD Gens auf die Varianten c.1905+1G>A, c.1679T>G, c.2846A>T und c.1236G>A/HapB3,
einmal im Krankheitsfall
- 32868 **Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit einem irinotecanhaltigen Arzneimittel** 50,00 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1*6 und UGT1A1*28,
einmal im Krankheitsfall
- 32869 **Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III) gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 82,00 €
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3,
einmal im Krankheitsfall

32.3.15 Immungenetische Untersuchungen

32.3.15.1 Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 sind nur vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.
2. Die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zu Anforderungen an die Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und 4b) Transplantationsgesetz ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 setzt die endständige Angabe eines der folgenden Codes gemäß ICD-10-GM voraus, der die Indikation dokumentiert: U55.-, Z00.5, Z52.-, Z75.6- oder Z75.7-. Für Empfänger einer Knochenmarkspende ist der entsprechende Code aus C00 - D90 ICD-10-GM endständig anzugeben.

<p>32901 Ausschluss einer Expressionsvariante, je Genort</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p>	<p>21,10 €</p>
<p>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</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32935 und 32937 berechnungsfähig.</i></p>	<p>115,00 €</p>
<p>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</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32904 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p>	<p>150,00 €</p>
<p>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</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 32906 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p>	<p>72,00 €</p>

32908	Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - DNA-Präparation, je Genort <i>Die Gebührenordnungsposition 32908 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	115,00 €
32910	Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), je Spender	42,90 €
32911	Erweitertes Transplantations-Cross-Match <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Isolierung von B- und/oder T-Zellen als vorbereitende Untersuchung, - B-Zell- und/oder T-Zell-Cross-Match ggf. einschließlich DTT-Cross-Match, je Spender <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>	78,30 €
32915	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT), je HLA-Klasse <i>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32939 berechnungsfähig.</i>	29,50 €
32916	Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden, je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse <i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.</i> <i>Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32940 berechnungsfähig.</i>	47,30 €
32917	Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel	79,00 €

auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes,

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, je HLA-Klasse** 150,00 €
- 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)

9,43 €
79 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Gesichtsweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahren,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33012 Sonographische Untersuchung der Schilddrüse mittels B-Mode-Verfahren,
je Sitzung

9,19 €
77 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

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

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33060 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33070 berechnungsfähig.

33061 Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße 10,74 €
mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 3 90 Punkte
Ableitungsstellen je Extremität,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 30500 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

33062 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **CW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumescenzmessung, 8,47 €
71 Punkte

je Sitzung

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

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33063 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33063 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33063 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

33064 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **PW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumeszanzmessung, 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 **Obligatorer Leistungsinhalt** 45,47 €
381 Punkte

- 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, je Sitzung 25,54 €
214 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33071 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33071 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

- 33072 Sonographische Untersuchung der **extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren,
je Sitzung 26,73 €
224 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

- 33073 Sonographische Untersuchung der **abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums** mittels **Duplex**-Verfahren,
je Sitzung 26,73 €
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.

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz- Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

34.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder zur Kernspintomographie-Vereinbarung oder zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie oder zur Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs.

2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition(en) zu definieren (Definitionsaufrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Arzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages - auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte - bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.
4. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.
5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle, z. B. der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel, sind Bestandteil der entsprechenden Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels.
6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind, soweit erforderlich, die Kosten für Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchungen enthalten.

34.2 Diagnostische Radiologie

34.2.1 Schädel, Halsweichteile

34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels

12,29 €

Obligatorer Leistungsinhalt

103 Punkte

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34211 Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers

8,47 €

Obligatorer Leistungsinhalt

71 Punkte

- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers

Die Gebührenordnungsposition 34211 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34282 und 34503 berechnungsfähig.

34212 Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens

12,17 €

Obligater Leistungsinhalt 102 Punkte

- Aufnahme(n)
 - der Halsorgane und/oder
 - des Mundbodens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie

34220 Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile 10,86 €

Obligater Leistungsinhalt 91 Punkte

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen und/oder
- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen, je Körperseite

Die Gebührenordnungsposition 34220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34221 Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule 16,71 €

Obligater Leistungsinhalt 140 Punkte

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelsäulenabschnittes, je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34222 und 34503 berechnungsfähig.

34222 Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule 19,57 €

Obligater Leistungsinhalt 164 Punkte

- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang und/oder
- Seitlicher Strahlengang

Die Gebührenordnungsposition 34222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34221 und 34503 berechnungsfähig.

34223 Myelographie(n) 83,78 €

Obligater Leistungsinhalt 702 Punkte

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Einbringung des Kontrastmittels,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelkanal-Abschnittes,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lumbalpunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 34223 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02342 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien

34230 Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes 8,83 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme eines Skeletteiles oder Kopfteiles,
- Aufnahme(n) in einer Ebene,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34231 Röntgenaufnahmen und/oder Teilaufnahmen der Schulter und/oder des Schultergürtels 16,35 €
137 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen und/oder Teilaufnahmen
 - der Schulter
 - und/oder
 - des Schultergürtels,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34232 Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile 11,81 €
99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
 - der Hand
 - oder
 - des Fußes
 - und/oder
 - deren Teile,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34233 Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitätenteile 11,81 €
99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
 - der Extremitäten
 - und/oder
 - deren Teile,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
 - Aufnahmen des distalen Unterschenkels,
- je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34234 Röntgenaufnahme(n) des Beckens und/oder dessen Weichteile 8,47 €
71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
 - des Beckens
 - und/oder
 - dessen Weichteile,
- Aufnahme(n) in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34234 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34235 Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks 72,92 €
611 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
 - der Schulter
 - oder
 - des Ellbogens
 - oder
 - des Hüftgelenks
 - oder
 - des Kniegelenks,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),
je Gelenk

Die Gebührenordnungsposition 34235 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34236 Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke 61,34 €
514 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),
je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34236 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34237 Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen 18,38 €
154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
- Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34237 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34238 Durchführung gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233 11,81 €
99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesien,
- Leitungsanästhesien,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34238 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

34240 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane 9,79 €
82 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Die Gebührenordnungsposition 34240 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34241, 34242 und 34503 berechnungsfähig.

34241 Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane 17,42 €
146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Die Gebührenordnungsposition 34241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34240, 34242, 34280 und 34503 berechnungsfähig.

34242 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung 31,74 €
266 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen,
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Die Gebührenordnungsposition 34242 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34240, 34241, 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34243 Röntgenübersichtsaufnahme(n) des Abdomens 11,10 €
93 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) des Abdomens in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34243 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34244, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34243 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34244 Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens 16,83 €
141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen des Abdomens in mindestens zwei Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34244 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34244 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34245 Röntgenaufnahme(n) von Teilen des Abdomens

12,65 €

Obligater Leistungsinhalt

106 Punkte

- Aufnahme(n) von Teilen des Abdomens in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34245 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34245 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34246 Röntgenuntersuchung der Speiseröhre

34,49 €

Obligater Leistungsinhalt

289 Punkte

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Die Gebührenordnungsposition 34246 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34247, 34260, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34247 Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms

53,46 €

Obligater Leistungsinhalt

448 Punkte

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV),
- Doppelkontrasttechnik,
- Darstellung
 - des Magens
 - und/oder
 - des Zwölffingerdarms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung der Speiseröhre

Die Gebührenordnungsposition 34247 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34248 Röntgenuntersuchung des Dünndarms

123,75 €

Obligater Leistungsinhalt

1037 Punkte

- Darstellung des ganzen Dünndarms in Doppelkontrasttechnik,

- Einbringung des Kontrastmittels mittels einer Sonde (Sellink-Technik)

Die Gebührenordnungsposition 34248 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245 und 34503 berechnungsfähig.

34250 Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge

47,50 €

Obligatorer Leistungsinhalt

398 Punkte

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der
 - Gallenblase
 - und/oder
 - Gallengänge

Die Gebührenordnungsposition 34250 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 13430, 13431, 34243 bis 34245, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34251 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms

104,90 €

Obligatorer Leistungsinhalt

879 Punkte

- Darstellung des Dickdarmes retrograd bis zur Ileocoecalklappe in Doppelkontrasttechnik
- und/oder
- Stopplokalisation bei Tumor und/oder Ileus
- und/oder
- Darstellung des Restcolons über Stoma,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Die Gebührenordnungsposition 34251 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34252 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

88,31 €

740 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung des Dickdarms bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Reposition bei Invagination

Die Gebührenordnungsposition 34252 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.5 Urogenitalorgane

- 34255 Ausscheidungsurographie** 52,15 €
437 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
 - Kontrastmitteleinbringung(en),
 - Röntgenaufnahme(n) nach Kontrastmittelgabe
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Spätaufnahme(n)
- Die Gebührenordnungsposition 34255 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34255 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
-
- 34256 Urethrozystographie oder Refluxzystogramm** 65,52 €
549 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
 - Kontrastmitteleinbringung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Miktionsaufnahme(n),
 - Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung
- Die Gebührenordnungsposition 34256 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34256 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
-
- 34257 Retrograde Pyelographie einer Seite** 100,84 €
845 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leeraufnahme(n),
 - Kontrastmitteleinbringung(en),
 - Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
 - Zystoskopie
- Die Gebührenordnungsposition 34257 ist bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34257 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 08311, 26310, 26311, 34243 bis 34245, 34255, 34256, 34260 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34257 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.*
-
- 34.2.6 Gangsysteme**
-
- 34260 Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln** 43,32 €
363 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
 - natürlichen Gangsystemen
und/oder
 - krankhaft entstandenen Gangsystemen
und/oder
 - Höhlen
und/oder
 - Fisteln

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Die Gebührenordnungsposition 34260 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250, 34255 bis 34257 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.7 Mammographie**34270 Mammographie**

32,70 €
274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz,
 - Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34270 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.

34271 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270

103,71 €
869 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Biopsie(n) bei nicht tastbarem Befund
und/oder
 - Präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund oder vor neoadjuvanter Therapie
und/oder
 - Mammastanzbiopsie(n) unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund,
 - Mittels definierter Zielgeräte,
- je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34271 ist bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34271 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

- 34272 Mammateilaufnahme(n)** 31,86 €
267 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) in mindestens einer Ebene,
 - Vergrößerungstechnik,
- je Seite
- Die Gebührenordnungsposition 34272 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34273 Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates** 11,70 €
98 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme(n) in einer Ebene
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Vergrößerungstechnik
- Die Gebührenordnungsposition 34273 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34274 Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34270 nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V** 32,46 €
272 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,
- je Seite
- Die Gebührenordnungsposition 34274 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.*
- 34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274 25,42 €
213 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Aufnahme der Mamma medio-lateral oder latero-medial,
- je Seite
- Die Gebührenordnungsposition 34275 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34270, 34272 und 34503 berechnungsfähig.*

34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen

- 34280 Durchleuchtung(en)** 11,34 €

Obligater Leistungsinhalt

95 Punkte

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

Die Gebührenordnungsposition 34280 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungs- und/oder Schichtaufnahmen beinhalten.

Die Gebührenordnungsposition 34280 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34280 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34281 Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung

7,40 €

Obligater Leistungsinhalt

62 Punkte

- Durchleuchtung(en) bei Fraktur(en), Luxation(en) oder eingedrungenen Fremdkörpern zur weiteren diagnostischen Abklärung nach Durchführung von konventionell radiologischen Aufnahme(n),
- Vorlage von Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungen beinhalten.

Die Gebührenordnungsposition 34281 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34281 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34282 Schichtaufnahmen,

44,39 €

je Strahlengang und Projektionsrichtung

372 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34282 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34211 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34282 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34.2.9 Gefäße

1. Die Gebührenordnungspositionen 34290 bis 34292 und 34298 sind nur einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant und/oder belegärztlich) berechnungsfähig.

2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34291, 34292 und 34298 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

34283 Serienangiographie185,21 €
1552 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Serienangiographie der arteriellen Strombahn,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 34283 sind in demselben Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01414, 01530, 01620 bis 01622, 02100, 33072, 33075, 34489, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 13, 24, 31, 32 und 36 sowie der Abschnitte 34.2, 34.3 und 34.4.1 bis 34.4.6 berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410 und 34291 berechnungsfähig.

34284 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße117,19 €
982 Punkte*Obligater Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34284 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34284 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34285 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34284 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34284 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34285 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße 56,92 €
477 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34285 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34285 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34284 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34285 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34285 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34286 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) 265,05 €
2221 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse),
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34286 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34286 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34286 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34286 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

- 34287 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Verwendung eines C-Bogens 14,92 €
125 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Verwendung eines C-Bogens,
 - Anwendung eines mindestens 36 cm-Bildverstärkers
- Neben der Gebührenordnungsposition 34287 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungsposition die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34287 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*
- 34290 **Angiokardiographie** 167,55 €
1404 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Angiokardiographie bei Patienten,
 - Kontrastmitteleinbringung(en),
 - Dokumentation,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Druckmessung(-en),
- einmal im Behandlungsfall
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34290 im Zusammenhang mit einer Leistung außerhalb Anhang 1 Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.*
- Die Gebührenordnungsposition 34290 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34290 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34285, 34292 und 34298 berechnungsfähig.*
- Die Gebührenordnungsposition 34290 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*
- 34291 **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie** 378,90 €
3175 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
 - Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
 - Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Angiokardiographie (Nr. 34290),
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit),
- Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34291 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34291 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01530, 01531, 02300 bis 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 34283 bis 34287 und 34290 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1, 34.3 und 34.4 berechnungsfähig.

34292 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent),
einmal im Behandlungsfall

453,37 €
3799 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34292 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.

34293 **Lymphographie**

81,15 €
680 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,
je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34293 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34294 **Phlebographie**

42,13 €
353 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,

je Extremität

Die Gebührenordnungsposition 34294 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34296, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34295 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34294 für die computergestützte Analyse 11,34 €
95 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34295 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34296 **Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes** 93,08 €
780 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Phlebographie(n) des Brust- und/oder Bauchraumes,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Computergestützte Analyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34296 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34294, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34297 **Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen** 107,76 €
903 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung(en) von Varikozelen,
- Kontrastmitteldarstellung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34297 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34293, 34294, 34296 und 34503 berechnungsfähig.

34298 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nr. 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 116,95 €
980 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Medikamentöse Vasodilatation,
- Weitere Messungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34298 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34298 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.

34.3 Computertomographie

1. Digitale Radiogramme zur Einstellung sind Bestandteil der computertomographischen Leistungen.
2. Bei Benennung von Begrenzungen anatomischer Strukturen und/oder der Anfertigung von Dünnschichten müssen die Schichten aneinandergrenzen.

34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34310 CT-Untersuchung des Neurocraniums

63,73 €

Obligater Leistungsinhalt

534 Punkte

- Darstellung des Neurocraniums,
- Anfertigung von Dünnschichten ($\leq 5\text{mm}$) der hinteren Schädelgrube

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung weiterer Dünnschichten

Die Gebührenordnungsposition 34310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34311 CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule

79,00 €

Obligater Leistungsinhalt

662 Punkte

- Darstellung von mindestens 2 Segmenten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung weiterer Segmente,
je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34312 Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekalen Kontrastmittelgabe

47,02 €

394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

34320 CT-Untersuchung des Gesichtsschädels 77,57 €
650 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten ($\leq 4\text{mm}$)

Die Gebührenordnungsposition 34320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34321 CT-Untersuchung der Schädelbasis 66,95 €
561 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten ($\leq 2\text{mm}$)

Die Gebührenordnungsposition 34321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34322 CT-Untersuchung der Halsweichteile 80,79 €
677 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung von HWK 1 bis HWK 7,
- Anfertigung von Dünnschichten ($\leq 5\text{ mm}$)

Die Gebührenordnungsposition 34322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34422, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.3 Thorax

34330 CT-Untersuchung des Thorax 69,93 €
586 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Mediastinums,
- Darstellung der Lungen,
- Darstellung der Pleura

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung knöcherner Strukturen des Thorax

Die Gebührenordnungsposition 34330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

- 34340 CT-Untersuchung des Oberbauches** 69,34 €
581 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Darstellung vom Zwerchfell bis einschließlich Nieren
Die Gebührenordnungsposition 34340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34341, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.
- 34341 CT-Untersuchung des gesamten Abdomens** 86,40 €
724 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden
Die Gebührenordnungsposition 34341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34341 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.
- 34342 CT-Untersuchung des Beckens** 69,34 €
581 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Darstellung vom Beckenkamm bis zum Beckenboden
Die Gebührenordnungsposition 34342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34341, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.
- 34343 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln 51,44 €
431 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Kontrastmitteleinbringung(en),
je Sitzung
Die Gebührenordnungsposition 34343 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34344, 34345, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.
- 34344 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien 55,61 €
466 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Anfertigung von mindestens 2 vollständigen Kontrastmittel-Phasen

Die Gebührenordnungsposition 34344 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34345, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34344 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34345 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342, 34350 und 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel 25,78 €
216 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34345 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34344, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34345 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34350 **CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten Extremitätenteile** 59,67 €
500 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung
 - der Extremitäten und/oder
 - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten und/oder
 - von Teilen des Schultergürtels und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten

Die Gebührenordnungsposition 34350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34350 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34351 **CT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile** 59,67 €
500 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes

und/oder

- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzender Gelenke,
- Beidseitige Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 34351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34351 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.6 Bestrahlungsplanung CT

34360 CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie

42,25 €
354 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Die Gebührenordnungsposition 34360 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34360 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie

1. Die MRT-Untersuchung beinhaltet die Durchführung von mindestens 4 Sequenzen. Dies gilt nicht für die Bestrahlungsplanung mittels MRT gemäß Abschnitt 34.4.6 und nicht für MRT-Angiographien des Abschnitts 34.4.7.
2. Topogramm und/oder mehrere Echos stellen keine gesonderten Sequenzen dar.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. MRT-Untersuchungen der Mamma außerhalb der Indikation nach der Nr. 34431, MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460.
5. Einstellungs- und Lokalisationssequenzen sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.

6. MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße können nicht mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4 berechnet werden.
7. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 sind neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.
8. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.
9. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 können nur bei Nachweis einer klinischen Fragestellung gemäß § 7 Abs. 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erbracht werden.

34.4.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34410 MRT-Untersuchung des Neurocraniums

125,66 €

Obligater Leistungsinhalt

1053 Punkte

- Darstellung des Neurocraniums

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34410 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule

125,66 €

Obligater Leistungsinhalt

1053 Punkte

- Darstellung mindestens des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK7/BWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1)

und/oder

- Darstellung in 2 Ebenen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des Kreuzbeines,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34411 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

34420 MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels 125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34420 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34420 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34421 MRT-Untersuchung der Schädelbasis 125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34421 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34422 MRT-Untersuchung der Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7 125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34322 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34422 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.3 Thorax

34430 MRT-Untersuchung des Thorax 125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen,
- Darstellung
 - des Mediastinums

- und/oder
- der Lunge

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34430 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 34430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34430 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34431 MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

239,51 €
2007 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdachtetes nicht klären konnte

oder

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zur Primärtumorsuche bei axillärer(n) Lymphknotenmetastase(n), deren histologische Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels mammographischer und sonographischer Untersuchung dargestellt werden konnte,
- Native Darstellung,
- Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels,
- Mindestens 4 Untersuchungssequenzen,
- Dynamische Messungen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34452 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34431 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

34440 MRT-Untersuchung des Oberbauches

125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Zwerchfells bis einschließlich Nieren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34440 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34441, 34442 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34440 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34441 MRT-Untersuchung des Abdomens

125,66 €

Obligater Leistungsinhalt

1053 Punkte

- Darstellung des Zwerchfells bis zum Beckenboden

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34441 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 34441 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34442 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34441 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34442 MRT-Untersuchung des Beckens

125,66 €

Obligater Leistungsinhalt

1053 Punkte

- Darstellung des gesamten Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34442 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 34442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34441 und 34460 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34442 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34450 MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Gebührenordnungsposition 34451 abzurechnenden Extremitätenteile

125,66 €

1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung
 - der Extremitäten
und/oder
 - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach
Gebührenordnungsposition 34451 genannten
und/oder
 - von Teilen des Schultergürtels
und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34450 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und
34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34450 ist im Behandlungsfall nicht neben
der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34451 MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile 125,66 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes
und/oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzende Gelenke,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34451 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und
34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34451 ist im Behandlungsfall nicht neben
der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34452 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420
bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2
weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) 45,35 €
380 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten Leistung erfolgte mit
Kontrastmitteleinbringung(en)

*Die Gebührenordnungsposition 34452 ist nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34431
und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 34452 ist im Behandlungsfall nicht neben
der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.*

34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT

34460 **MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie** 80,79 €
677 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34460 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34460 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1, 34.4.2, 34.4.3, 34.4.4 und 34.4.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34460 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.7 MRT-Angiographien

34470 **MRT-Angiographie der Hirngefäße** gemäß den 82,58 €
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 692 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hirngefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der venösen Phase

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34470 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34470 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34470 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34475 **MRT-Angiographie der Halsgefäße** gemäß den 109,67 €
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Halsgefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),

- Darstellung der venösen Phase

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 34475 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34475 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34475 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

- 34480 **MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste (Truncus brachiocephalicus, A. subclavia, A. carotis communis, A. vertebralis)** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 109,67 €
919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der thorakalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34480 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34480 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34480 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

- 34485 **MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 109,67 €
919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der abdominalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34485 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34485 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34485 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34486 MRT-Angiographie von Venen gemäß den 109,67 €
Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Venen von:
 - Kopf/Hals
und/oder
 - des Thorax einschließlich der venae subclaviae
und/oder
 - des Abdomens
und/oder
 - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34486 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34486 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34486 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34489 MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße) 219,82 €
gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 1842 Punkte
V

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34489 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34489 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34489 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34490 MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien und einschließlich/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 109,67 €
919 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Darstellung der Arterien einer oberen Extremität und/oder Cimino-Shunt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.

Neben der Gebührenordnungsposition 34490 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34490 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34490 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34492 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) 49,65 €
416 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34492 kann nur mit Begründung berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 34492 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34492 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

1. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 ist nur berechnungsfähig, wenn sie von Ärzten erbracht wird, welche die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen

gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

2. Eine Überweisung nach Satz 1 kann nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen "G" nach ICD-10-GM) erfolgen.
3. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht für Interventionen in bzw. an (einer) Bandscheibe(n) (z. B. Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig. Diese Eingriffe sind über die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu berechnen.

34500 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC

80,20 €

Obligatorer Leistungsinhalt

672 Punkte

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 34280 und 34281 berechnungsfähig.

34501 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent

106,81 €

895 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02344 berechnungsfähig.

34503 Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule

79,60 €

667 Punkte

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule,
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittels Bildwandler,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02344, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34504 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2 berechnungsfähig.

34504 CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik 115,52 €
968 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02331, 02340 bis 02344, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34503 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.

34505 CT-gesteuerte Intervention(en) 115,52 €
968 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und /oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nur berechnungsfähig bei Diagnostik/Behandlung einer der im Folgenden genannten Erkrankungen nach den ICD-10-GM Codes: Neubildungen C00-D48 sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D90.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34505 bei anderen als den genannten Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02344, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 34503 und 34504 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.

34.6 Osteodensitometrie

34600 Osteodensitometrische Untersuchung I

31,98 €

Obligator Leistungsinhalt

268 Punkte

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
 - am Schenkelhals
 - und/oder
 - an der LWS

Die Gebührenordnungsposition 34600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34601 berechnungsfähig.

34601 Osteodensitometrische Untersuchung II

31,98 €

Obligator Leistungsinhalt

268 Punkte

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht

- am Schenkelhals
und/oder
- an der LWS

Die Gebührenordnungsposition 34601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34600 berechnungsfähig.

34.7 Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
2. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (gilt nur für die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707), nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung, der Röntgenverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.
4. Die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
6. Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung für eine nach der jeweils gültigen Fachinformation

für diese Indikation zugelassene nuklearmedizinische Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraaxetan berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34700 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen

531,77 €
4456 Punkte

34701 mit diagnostischer CT

674,62 €
5653 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7, 8 und 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

Die Gebührenordnungsposition 34701 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34700 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34702 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	425,44 € 3565 Punkte
34703 mit diagnostischer CT	539,77 € 4523 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7, 8 und 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

Die Gebührenordnungsposition 34703 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34702 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34704 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	531,77 € 4456 Punkte
34705 mit diagnostischer CT	674,62 € 5653 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. 6 oder Nr. 9 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Gebührenordnungsposition 34705 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34704 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34706 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	425,44 € 3565 Punkte
34707 mit diagnostischer CT	539,77 € 4523 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. 6 oder Nr. 9 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Gebührenordnungsposition 34707 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34706 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bisproximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Krankheitsfall

34720 bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	531,77 € 4456 Punkte
34721 mit diagnostischer CT	674,62 € 5653 Punkte

Bis zum 30. Juni 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Ab dem 1. Juli 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erforderlich, die ausdrücklich das Verfahren PSMA-PET/CT umfasst.

Die Gebührenordnungsposition 34721 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34720 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34720 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34721 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34721 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34720 berechnungsfähig.

34.8 Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Kommunikationsdienstes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einmalig nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition berechtigt sind, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen oder CT-Aufnahmen gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 bezieht.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei
 - Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist
 - oder
 - Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert.
4. Bei untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellungen, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet sind, kann ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden. Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert, kann ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
5. Die Durchführung von Leistungen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung gemäß der Anlage 31a zum BMV-Ä innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparategemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhauses ist nicht berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind für radiologische Befundbeurteilungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä erbracht werden, nicht berechnungsfähig.

34800 Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen im Zusammenhang mit den

**10,86 €
91 Punkte**

Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronische Übermittlung aller für die Befundung relevanten Informationen (mindestens Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n), Erstbefund, Übermittlung der zum Telekonsil führenden Fragestellung, Einwilligung des Patienten gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 31a zum BMV-Ä),
- Übermittlung der berechneten Gebührenordnungsposition(en) für die Röntgenaufnahme(n) und/oder CT-Aufnahme(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 34800 im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur im Zeitraum von 4 Wochen nach Durchführung einer der genannten Grundleistungen des Abschnitts 34.2 bzw. 34.3 berechnungsfähig.

Die Beauftragung des Konsiliararztes ist gemäß Anlage 2b zum BMV-Ä vorzunehmen und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis zu versehen.

Für die Gebührenordnungsposition 34800 wird ein Punktzahlvolumen je Arztpraxis gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen je Arztpraxis beträgt 91 Punkte multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und der Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä mit mindestens einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351.

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 40104 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.

- 34810 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 13,13 €
110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von Röntgenaufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem Telekonsil einholenden Vertragsarzt, je Konsiliarauftrag

Die Gebührenordnungsposition 34810 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34810 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34810 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

- 34820 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 32,94 €
276 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung, je Konsiliarauftrag

Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34820 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34820 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

34821 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** 46,42 €
389 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung, je Konsiliarauftrag

Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34821 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34821 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152 und 35173 bis 35178 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn der Durchführung gemäß § 17 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Für die Durchführung der Videosprechstunde gelten die Regelungen des § 17 der Anlage

- 1 zum BMV-Ä. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
3. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting entsprechend den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 durch zwei 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

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35422 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)

112,30 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als 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)

Obligatorer Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35503	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35504	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35505	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35506	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35507	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35508	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35509	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die

Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
 - Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
 - Gruppenbehandlung,
 - Dauer mindestens 100 Minuten,
 - Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- je Teilnehmer

35513 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35514 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35515 Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35516 Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35517 Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35518 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35519 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen

Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35523	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35524	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35525	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35526	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35527	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35528	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35529	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35533	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35534	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35535	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35536	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35537	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35538	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 € 568 Punkte
35539	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 € 543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,

je Teilnehmer

35543	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	111,58 € 935 Punkte
35544	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	94,04 € 788 Punkte
35545	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	83,54 € 700 Punkte
35546	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	76,50 € 641 Punkte
35547	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	71,36 € 598 Punkte
35548	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	67,78 €

	568 Punkte
35549 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	64,80 €
	543 Punkte

Entgegen der Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)

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.

35595	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35505, 35525, 35545 und 35705, höchstens 10-mal im Krankheitsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 35595 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i>	12,53 € 105 Punkte
35596	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35506, 35526, 35546 und 35706, höchstens 10-mal im Krankheitsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 35596 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i>	11,46 € 96 Punkte
35597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35507, 35527, 35547 und 35707, höchstens 10-mal im Krankheitsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 35597 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i>	10,74 € 90 Punkte
35598	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35508, 35528, 35548 und 35708, höchstens 10-mal im Krankheitsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 35598 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i>	10,14 € 85 Punkte
35599	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35509, 35529, 35549 und 35709, höchstens 10-mal im Krankheitsfall <i>Die Gebührenordnungsposition 35599 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.</i>	9,67 € 81 Punkte

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 Punktenberechnungsfähig.
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.

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
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

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
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) Einmalklerosierungsnadel(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 Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von **Radium-223-dichlorid** entstehen,
je Injektion 65,00 €
- In der Kostenpauschale 40582 sind die Kosten für Radium-223-dichlorid nicht enthalten.
Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).*
- 40584 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 bei Verwendung von **F-18-Fluorodesoxyglukose** 255,00 €
- In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.*
- 40585 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden** 1.100,00 €
- In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.*
- 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 Spermienzellen 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 (BMV-Ä).2. Die Kosten für den Transport gemäß der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Spermienzellen 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 Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes	x	x	x
	Anlegen einer Blutleere oder Blutsperrung an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff			x
	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	x	x	
	Anlegen einer Hilfsschiene am unverletzten Kiefer bei Kieferfrakturen oder Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen der Kiefergelenke		x	
	Anlegen eines Portioadapters		x	x
	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen, Drahtbügeln oder dergleichen			x
	Ansteigendes Teilbad	x	x	
	Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung	x	x	
	Anus praeter-Bougierung	x	x	
	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2)			x
	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(K)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test)			x
	Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Applikation von bronchokonstriktorisch wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen)			x
	Assistenz durch einen Arzt, der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen		x	x
	Ätzung im Enddarmbereich	x	x	
	Ätzung im Kehlkopf		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports	x	x	
	Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		x	x
	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang		x	
	Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge		x	
	Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"			x
	Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch	x	x	x
	Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten		x	x
	Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes			x
	Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ausstellung einer Folgeverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes			x
	Beratung der Bezugsperson(en)	x	x	x
	Beratung, auch mittels Fernsprecher oder im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	x	x	x
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	x	x	x
	Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten	x	x	
	Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time"		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen			x
	Bestimmung des Reflexdecay			x
	Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)			x
	Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung			x
	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle		x	
	Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung			x
	Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung			x
	Blutentnahme durch Venenpunktion	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Chemische Ätzung der Hornhaut		x	
	Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen	x	x	
	Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation	x	x	
	Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase			x
	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege		x	x
	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage)			x
	Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode)		x	
	Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigeminusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten	x	x	
	Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmpvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	x	x	x
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata	x	x	x
	Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße		x	
	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	x	x	
	Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors		x	
	Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung			x
	Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß			x
	Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastroskopie			x
	Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung		x	x
	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle	x	x	x
	Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang			x
	Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung			x
	Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen	x	x	x
	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum			x
	Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie			x
	Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel			x
	Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter	x	x	
	Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf		x	
	Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie)			x
	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang			x
	Einrichtung des gebrochenen Brustbeins			x
	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens			x
	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			x
	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens			x
	Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite			x
	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat			x
	Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell		x	
	Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	EKG-Monitoring	x	x	x
	Elektrokardiographische Untersuchung	x	x	
	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeneinführung		x	
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr		x	
	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes		x	
	Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen		x	
	Entfernung einer Zervix-Cerclage		x	x
	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle			x
	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	x	x	
	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Entfernung sichtbarer Kirschnerdrähte ohne Eröffnung der Haut			x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen	x	x	x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen	x	x	x
	Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde	x	x	
	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung	x	X	
	Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht		X	X
	Entfernung von Ohrenschmalzpfropfen	x	X	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	x	x	x
	Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en).			x
	Erhebung des Ganzkörperstatus	x	x	x
	Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde.			
	Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde		x	x
	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand			x
	Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)	x	x	
	Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen	x	x	x
	Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie ggf. Übertragung oder Löschung des elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä	x	x	x
	Erstversorgung einer großen Wunde			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Erstversorgung einer Wunde			x
	Exophthalmometrie		x	
	Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät	x	x	
	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels			x
	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop		x	
	Fremdanamnese(n)	x	x	x
	Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit		x	
	Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)			x
	Gefäßendoskopie, intraoperativ			x
	Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina		x	x
	Gonioskopie		x	
	Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch		x	x
	Hörgerätekupplermessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe		x	x
	Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	x	x	
	Hydrogalvanisches Teilbad	x		x
	Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.			x
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			x
	Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich			x
	Infusion, subkutan	x	x	
	Injektion, intraartikulär	x	x	x
	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär	x	x	
	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata		x	
	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern		x	
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	x	x	
	Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher			X
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels			X
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels			X
	Intravenöse Injektion	X	X	
	Kapillarmikroskopische Untersuchung		X	X
	Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula	X	X	X
	EinmalKatheterisierung der Harnblase	X	X	X
	Katheterismus der Ohrtrumpete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche		X	
	Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen	X	X	X
	Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene	X	X	X
	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	X	X	X

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe		x	
	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/ Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde	x	x	
	Konsultationskomplex	x	x	
	Kontrolle einer Hörhilfeanpassung in einem schallisolierten Raum mit in-situ-Messungen oder Hörfeldaudiometrie		x	x
	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich			x
	Kryotherapie mittels Eiskompressen, Eisteilbädern, Kältepackungen, Gasen, Peloiden	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale 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

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
	Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests		x	
	Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen		x	
	Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges		x	
	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles		x	
	Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht			x
	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			x
	Spirometrie		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld		x	x
	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	x	x	
	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten	x	x	
	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlic 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. einschließlic Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich			x
	Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich	x	x	x
	Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung	x	x	x
	Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation	x	x	x
	Streckverband	x	x	x
	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension			x
	Subjektive Refraktionsbestimmung	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung	x	x	
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln			x
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen			X
	Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen			X
	Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen			X
	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von ^{99m} Tc-markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern			X
	Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			X
	Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit ^{99m} Tc-markierten Substanzen			X
	Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen			X

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skeletteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/oder Infektionen			x
	Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung	x	x	
	Tape-Verband eines kleinen Gelenkes	x	x	x
	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			x
	Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik			x
	Tonometrische Untersuchung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Topographische Untersuchung der Hornhaut		x	
	Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation	x	x	
	Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase			x
	Trepanation eines Finger- oder Zehennagels	x	x	
	Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung			x
	Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig			x
	Tympanoskopie		x	
	Überprüfung der Notwendigkeit und Erhebung notfallrelevanter Patientendaten zur Anlage und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum BMV-	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ä, einschließlich Übertragung auf die eGK des Patienten und Aufklärung des Patienten			
	Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe im Verlauf der Therapie	x	x	x
	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose	x	x	
	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses	x	x	x
	Untersuchung der oberen Trachea		x	x
	Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr		x	
	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung		x	
	Untersuchung(en) mittels CERA		x	
	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung		x	
	Vektorkardiographie	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband	x	x	x
	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 Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse		x	x
	Verwendung eines Ganzkörperzusatzes			x
	Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium			x
	Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme	x	x	x
	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene	x		x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf)	x	x	x
	Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren	x	x	x
	Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal			x
	Extraktion eines Milchzahnes	x	x	
	Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt			x
	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband	x	x	x
	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	x	x	x
	Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schulterreck-, Knie- oder Sprunggelenks			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01420	Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege	x		
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	x		
01510	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	x		
01511	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	x		
01512	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	x		
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	x		
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	x		
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		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	x		
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	x		
02100	Infusion	x		
02101	Infusionstherapie	x		
02110	Erst-Transfusion	x		
02111	Folge-Transfusion	x		
02112	Eigenblut-Retransfusion	x		
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	x		
02200	Tuberkulintestung	x		
02320	Magenverweilsonde	x		
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	x		
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	x		
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	x		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	x		
02331	Intraarterielle Injektion	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
02340, 02341	Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)	x		
02342	Lumbalpunktion	x		
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	x		
02350	Fixierender Verband	x		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	x		
02400	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	x		
02401	H ₂ -Atemtest	x		
03000	Hausärztliche Grundvergütung	x		
Aus 03000/ 04000	Betreuung, Behandlung, Gespräch	x		
03001	Koordination der hausärztlichen Betreuung	x		
03002	Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen	x		

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
03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
03110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
03111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	x		
03112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	x		
03115	Konsultationskomplex	x		
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	x		
03311	Ganzkörperstatus	x		
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
03320	EKG	x		
03340	Allergologische Basisdiagnostik	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
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	x		
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	x		
04002	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen	x		
04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
04110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
04111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	x		
04112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	x		
04115	Konsultationskomplex	x		
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
04210	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
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-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	./.	Keine Eignung
01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	KA	./.	Keine Eignung
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	16	7	Tages- und Quartalsprofil
01816*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschafts-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	6	6	Nur Quartalsprofil
01822	Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	9	9	Nur Quartalsprofil
01823	Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening	KA	./.	Keine Eignung
01824	Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis	KA	./.	Keine Eignung
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche (Empfängnisregelung)	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	KA	1	Nur Quartalsprofil
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01828	Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01830	Applikation eines Intrauterin pessars (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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01842*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß ESA-Richtlinie	KA	24	Nur Quartalsprofil
01850	Beratung wegen Sterilisation	6	4	Nur Quartalsprofil
01851*	Untersuchung vor Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01852*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01853*	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01854*	Sterilisation des Mannes	16	14	Tages- und Quartalsprofil
01855*	Sterilisation der Frau	26	21	Tages- und Quartalsprofil
01856*	Narkose bei Sterilisation	68	62	Nur Quartalsprofil
01857*	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01858*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01859*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01865*	Nachweis von HBs-Antigen und/ oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01866*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01902	Feststellung des Schwangerschaftsalters	5	5	Nur Quartalsprofil
01903*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Nur Quartalsprofil
01904*	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	29	23	Tages- und Quartalsprofil
01905*	Abruptio, medizinische Indikation	32	25	Tages- und Quartalsprofil
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 Präexposition prophylaxe	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01921*	Einleitung der Präexposition prophylaxe	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01922*	Kontrolle im Rahmen der Präexposition prophylaxe	10	8	Nur Quartalsprofil
01930	Kreatinin im Serum/Plasma und eGFR Berechnung im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01931*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01932*	HBs-Antigen und HBc-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01933*	HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01934*	HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01935*	Treponemenantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Immunoassay im Rahmen einer PrEP			
01936*	Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01941	RSV-Prophylaxe	KA	4	Nur Quartalsprofil
01942	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01941	KA	./.	Keine Eignung
01943	Aufklärung und Beratung zur RSV-Prophylaxe	KA	2	Nur Quartalsprofil
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage	KA	./.	Keine Eignung
01952	Zuschlag Therapiegespräch	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01955	Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01956	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	KA	./.	Keine Eignung
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	KA	./.	Keine Eignung
01965*	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantatregistergesetz	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02100	Infusion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02102*	Intravasale Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder einer Enzyersatztherapie bei Morbus Fabry	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02110*	Erst-Transfusion	4	4	Tages- und Quartalsprofil
02111*	Folge-Transfusion	3	3	Tages- und Quartalsprofil
02112*	Eigenblut-Retransfusion	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02120*	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
02200	Tuberkulintestung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	5	5	Tages- und Quartalsprofil
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	8	Tages- und Quartalsprofil
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	9	7	Nur Quartalsprofil
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	6	4	Tages- und Quartalsprofil
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris	3	2	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02326*	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand/den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02327*	Zuschlag zur GOP 02325	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02328*	Zuschlag zur GOP 02326	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02330*	Blutentnahme durch Arterienpunktion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02331*	Intraarterielle Injektion	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02340	Punktion I	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02341	Punktion II	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02342*	Lumbalpunktion	9	7	Tages- und Quartalsprofil
02343*	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	10	8	Nur Quartalsprofil
02344	Perkutane Biopsie	8	6	Tages- und Quartalsprofil
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*	H ₂ -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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
03008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
03010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung			
03020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
03040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
03060	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	KA	./.	Keine Eignung
03061	Zuschlag zur GOP 03060	KA	./.	Keine Eignung
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	KA	./.	Keine Eignung
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	KA	./.	Keine Eignung
03064	Zuschlag zur GOP 03062	KA	./.	Keine Eignung
03065	Zuschlag zur GOP 03063	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
03321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
03322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
03324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
03326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
03330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
04008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
04010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
04020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
04326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
04330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
04356	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04410*	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
04411*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
04413*	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
04414*	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
04415*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
04416*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
04417*	Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415	KA	./.	Keine Eignung
04419*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04420*	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04421*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
04430*	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung,	10	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)			
04431*	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04433*	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	25	17	Nur Quartalsprofil
04434*	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
04435*	Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung	39	30	Tages- und Quartalsprofil
04436*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04437*	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
04439*	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
04441*	Zusatzpauschale Behandlung einer Systemerkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
04442*	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxisitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung	13	12	Nur Quartalsprofil
04443*	Zusatzpauschale intensivierete Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	13	12	Nur Quartalsprofil
04511*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
04512*	Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	10	6	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04523*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04527*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04528*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
04529*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
04530*	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	4	3	Nur Quartalsprofil
04532*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	6	3	Tages- und Quartalsprofil
04534*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04535*	Schweißtest	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04536*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04537*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04538*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04550*	Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
04551*	Zusatzpauschale spezielle pädiatrisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
04560*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
04561*	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04562*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
04563*	Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
04564*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04565*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
04566*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
04572*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04573*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04580*	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	10	9	Nur Quartalsprofil
04590	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
05210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
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			

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05230*	Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	KA	./.	Keine Eignung
05310*	Präanästhesiologische Untersuchung	8	7	Nur Quartalsprofil
05311*	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V	8	7	Nur Quartalsprofil
05315	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	KA	./.	Keine Eignung
05320*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	7	6	Tages- und Quartalsprofil
05330*	Anästhesie oder Kurznarkose	36	32	Tages- und Quartalsprofil
05331*	Zuschlag weitere 15 Minuten	17	15	Tages- und Quartalsprofil
05340*	Überwachung der Vitalfunktionen	10	15	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
06215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
06222	Zuschlag zur GOP 06220	KA	./.	Keine Eignung
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	8	7	Nur Quartalsprofil
06227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	KA	./.	Keine Eignung
06228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
06310	Fortlaufende Tonometrie	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06312*	Elektrophysiologische Untersuchung	12	10	Nur Quartalsprofil
06320	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr ^o	6	4	Nur Quartalsprofil
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr ^o	6	4	Nur Quartalsprofil
06330	Perimetrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
06331*	Fluoreszenzangiographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
06332*	PDT	KA	32	Nur Quartalsprofil
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	3	3	Tages- und Quartalsprofil
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06336	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06339	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06340	Anpassung einer Verbandlinse	6	6	Nur Quartalsprofil
06341	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n)	31	31	Nur Quartalsprofil
06342	Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) Kontaktlinsen	6	6	Nur Quartalsprofil
06343	Bestimmung von Sehhilfen	11	11	Nur Quartalsprofil
06350	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge	4	4	Tages- und Quartalsprofil
06351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	5	5	Tages- und Quartalsprofil
06352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	11	11	Tages- und Quartalsprofil
06362*	Hornhauttomographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
07210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
07211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
07215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
07222	Zuschlag zur GOP 07220	KA	./.	Keine Eignung
07227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	KA	./.	Keine Eignung
07228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
07310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz-	13	12	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen			
07320	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	10	9	Nur Quartalsprofil
07330	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
07340	Behandlung sekundär heilender Wunde(n)	12	11	Nur Quartalsprofil
07345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
08211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
08222	Zuschlag zur GOP 08220	KA	./.	Keine Eignung
08227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	KA	./.	Keine Eignung
08228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
08230*	Zuschlag Reproduktionsmedizin	16	13	Nur Quartalsprofil
08231*	Zusatzpauschale Geburtshilfe	8	6	Nur Quartalsprofil
08310*	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz	43	32	Nur Quartalsprofil
08311*	Urethro(-zysto)skopie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
08312*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08320*	Mammastanzbiopsie	17	13	Tages- und Quartalsprofil
08330	Ring, Pessar Applikation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08331	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08332	Vaginoskopie	5	3	Tages- und Quartalsprofil
08333*	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08334*	Zuschlag für die Polypentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
08340	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	3	3	Tages- und Quartalsprofil
08341*	Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	7	6	Nur Quartalsprofil
08345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08347*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
08410*	Verweilen im Gebärraum	30	30	Tages- und Quartalsprofil
08411*	Geburt	53	47	Tages- und Quartalsprofil
08412*	Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08413*	Äußere Wendung	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08414*	Innere oder kombinierte Wendung	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08415*	Zuschlag Schnittentbindung	37	28	Tages- und Quartalsprofil
08416*	Entfernung der Nachgeburt	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08510*	Erstellung eines Behandlungsplans	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08530*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus	KA	24	Nur Quartalsprofil
08531*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	KA	24	Nur Quartalsprofil
08535*	Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08536*	Endometriumsvorbereitung	KA	8	Nur Quartalsprofil
08537*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	KA	25	Nur Quartalsprofil
08538*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08539*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08540*	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	KA	./.	Keine Eignung
08550*	Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryonentransfer (ET)	KA	40	Nur Quartalsprofil
08555*	Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)	KA	60	Nur Quartalsprofil
08558*	Embryo-Transfer (ET), ggf. als 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	KA	24	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA			
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 zur intendierten Eizellentnahme (Kryo-RL)	KA	25	Nur Quartalsprofil
08638*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08637 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08639*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08640*	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08641*	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08642*	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08643*	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08647*	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder männlichem Keimzellgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08648*	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08649*	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20	17	Nur Quartalsprofil
09211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
09215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
09222	Zuschlag zur GOP 09220	KA	./.	Keine Eignung
09227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	KA	./.	Keine Eignung
09228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
09310*	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
09311	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09312*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
09313*	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	20	15	Tages- und Quartalsprofil
09314*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
09315*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
09324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
09325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
09326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	20	20	Tages- und Quartalsprofil
09330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
09331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Nur Quartalsprofil
09333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
09335	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
09336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
09360	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	4	4	Tages- und Quartalsprofil
09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	5	5	Tages- und Quartalsprofil
09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	8	8	Tages- und Quartalsprofil
09364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	10	Nur Quartalsprofil
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
10210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
10215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
10228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
10310	Bestimmung der Erythemschwelle	2	2	Tages- und Quartalsprofil
10320*	Behandlung von Naevi flammei	KA	1	Nur Quartalsprofil
10322*	Behandlung von Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10324*	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10330	Komplex Wundbehandlung	12	11	Nur Quartalsprofil
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	3	3	Tages- und Quartalsprofil
10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	10	Tages- und Quartalsprofil
10343	(Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten	6	5	Tages- und Quartalsprofil
10344	(Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand	10	9	Tages- und Quartalsprofil
10345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
10350*	Balneophototherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
11210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	34	Nur Quartalsprofil
11211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	KA	38	Nur Quartalsprofil
11212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	35	Nur Quartalsprofil
11215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
11228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
11235*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	KA	41	Nur Quartalsprofil
11236*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	46	Nur Quartalsprofil
11301*	Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	KA	6	Nur Quartalsprofil
11302*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	KA	14	Nur Quartalsprofil
11303*	Erneute Beurteilung und Befundung von vor mindestens 4 Jahren erhobenen Rohdaten genetischer Analysen	KA	18	Nur Quartalsprofil
11601*	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1 und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	KA	17	Nur Quartalsprofil
12210*	Konsiliarpauschale	6	4	Nur Quartalsprofil
12215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
12220*	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	KA	./.	Keine Eignung
12225*	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	KA	./.	Keine Eignung
12230*	Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	KA	./.	Keine Eignung
13210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	8	Nur Quartalsprofil
13211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	KA	./.	Keine Eignung
13228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13250*	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	7	7	Nur Quartalsprofil
13251*	Belastungs-EKG	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13252*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Nur Quartalsprofil
13253*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Nur Quartalsprofil
13254*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13255*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13256*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13257*	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
13258*	Allergologische Basisdiagnostik	3	3	Nur Quartalsprofil
13260*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypenentfernung(en)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13291	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13294	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13295	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13296	Zuschlag zur GOP 13294	KA	./.	Keine Eignung
13297	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292	KA	./.	Keine Eignung
13298	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13300*	Zusatzpauschale Angiologie	29	26	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13301*	Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13310*	Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	4	4	Tages- und Quartalsprofil
13311*	Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13340	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13341	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13345	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13346	Zuschlag zur GOP 13344	KA	./.	Keine Eignung
13347	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342	KA	./.	Keine Eignung
13348	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13350*	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion	10	9	Nur Quartalsprofil
13360	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
13390	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
13391	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13395	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
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			

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13400*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
13401*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400	10	6	Tages- und Quartalsprofil
13402*	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Nr. 13400	9	7	Tages- und Quartalsprofil
13410*	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	10	9	Tages- und Quartalsprofil
13411*	Einsetzen einer Ösophagusprothese	32	29	Tages- und Quartalsprofil
13412*	Perkutane Gastrostomie	30	26	Tages- und Quartalsprofil
13421*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
13422*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	23	18	Tages- und Quartalsprofil
13423*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13424*	Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13425*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
13426*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
13430*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	30	27	Tages- und Quartalsprofil
13431*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	50	44	Tages- und Quartalsprofil
13435*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13437*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13439*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13490	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13491	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	25	20	Nur Quartalsprofil
13494	Zuschlag für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13495	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13496	Zuschlag zur GOP 13494	KA	./.	Keine Eignung
13497	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492	KA	./.	Keine Eignung
13498	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13500*	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
13501*	Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation	13	12	Nur Quartalsprofil
13502*	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitätsadaptierte Therapie	13	12	Nur Quartalsprofil
13505*	Aderlass	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13507*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13540	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
13541	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13543	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13544	Zuschlag zur GOP 13543	KA	./.	Keine Eignung
13545*	Zusatzpauschale Kardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
13546	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13547	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	KA	./.	Keine Eignung
13548	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13551*	Elektrostimulation des Herzens	22	20	Tages- und Quartalsprofil
13552*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
13560*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13561*	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13571*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
13573*	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
13574*	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
13575*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
13576*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
13577*	Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	KA	./.	Keine Eignung
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
13583*	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	6	4	Nur Quartalsprofil
13584*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	28	22	Nur Quartalsprofil
13585*	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte 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 intensivierte 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
13594	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13595	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13596	Zuschlag zu der GOP 13594	KA	./.	Keine Eignung
13597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592	KA	./.	Keine Eignung
13598	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13600*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
13601*	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13602*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
13610*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	17	14	Tages- und Quartalsprofil
13611*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
13612*	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
13620*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13621*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13622*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13641	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13646	Zuschlag zur GOP 13644	KA	./.	Keine Eignung
13647	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	KA	./.	Keine Eignung
13648	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13650*	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	4	3	Nur Quartalsprofil
13651*	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	6	3	Tages- und Quartalsprofil
13652*	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650	KA	./.	Keine Eignung
13660*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13661*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13662*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
13663*	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	8	7	Tages- und Quartalsprofil
13664*	Zuschlag Laservaporisation	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13670*	Thorakoskopie	50	38	Tages- und Quartalsprofil
13675*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13677*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13678*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13691	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	19	16	Nur Quartalsprofil
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13695	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13697	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692	KA	./.	Keine Eignung
13698	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13700*	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
13701*	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
14215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
14216	Zuschlag zur GOP 14214	KA	./.	Keine Eignung
14217	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	KA	./.	Keine Eignung
14218	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
14221	Gruppenbehandlung	10	6	Tages- und Quartalsprofil
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
14240	Psychiatrische Betreuung	10	10	Nur Quartalsprofil
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	2	2	Tages- und Quartalsprofil
14311	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
14312	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
14313	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
14314	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
14320	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
14321	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
14330	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
14331*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
15210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
15211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	6	Nur Quartalsprofil
15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
15215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
15228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
15310*	Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke	3	3	Nur Quartalsprofil
15311*	Situationsmodell Kiefer	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15321*	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15322*	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	7	6	Tages- und Quartalsprofil
15323*	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	12	10	Tages- und Quartalsprofil
15324*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	4	4	Nur Quartalsprofil
15345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16214	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16217	Zuschlag zur GOP 16215	KA	./.	Keine Eignung
16218	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	KA	./.	Keine Eignung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
16225	Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe	14	11	Tages- und Quartalsprofil
16228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
16231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	11	Nur Quartalsprofil
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
16310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
16311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
16371*	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	40	35	Nur Quartalsprofil
17210*	Konsiliarpauschale	7	5	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
17214*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	12	12	Tages- und Quartalsprofil
17215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
17228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
17310*	Teilkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17311*	Ganzkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17320*	Schilddrüsen-Szintigraphie	14	11	Nur Quartalsprofil
17321*	Radiojod-Zweiphasentest	20	17	Nur Quartalsprofil
17330*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	24	16	Tages- und Quartalsprofil
17331*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	15	9	Tages- und Quartalsprofil
17332*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	28	19	Tages- und Quartalsprofil
17333*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	16	10	Tages- und Quartalsprofil
17340*	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	18	11	Tages- und Quartalsprofil
17341*	Zuschlag bei Intervention	13	7	Tages- und Quartalsprofil
17350*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17351*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17360*	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
17371*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	13	10	Tages- und Quartalsprofil
17372*	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	41	32	Tages- und Quartalsprofil
17373*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken	31	24	Tages- und Quartalsprofil
18210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	14	13	Nur Quartalsprofil
18211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	15	14	Nur Quartalsprofil
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	16	Nur Quartalsprofil
18215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
18222	Zuschlag zur GOP 18220	KA	./.	Keine Eignung
18227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	KA	./.	Keine Eignung
18228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
18310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
18320*	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	12	11	Nur Quartalsprofil
18330	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	10	9	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
18340	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalulcera	12	11	Nur Quartalsprofil
18700*	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Spondyloarthritis, Kollagenose, Myositis	19	17	Nur Quartalsprofil
19210*	Konsiliarpauschale	KA	5	Nur Quartalsprofil
19215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
19310*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19312*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	KA	1	Nur Quartalsprofil
19313*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19314*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
19315*	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19317*	Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
19319	Zytologische Untersuchung von Urin	KA	1	Nur Quartalsprofil
19320*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19321*	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19322*	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19327*	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	KA	3	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
19332*	Identifizierung von Zell- oder Gewebsstrukturen an morphologischem Untersuchungsgut	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19401*	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	KA	6	Nur Quartalsprofil
19402*	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	KA	14	Nur Quartalsprofil
19503*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19504*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19505*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19506*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
20210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
20211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
20220	Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
20222	Zuschlag zur GOP 20220	KA	./.	Keine Eignung
20227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	KA	./.	Keine Eignung
20228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20310	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20311*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
20312*	Direkte Laryngoskopie beim Kind	20	15	Tages- und Quartalsprofil
20313*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
20314*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
20320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
20324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
20325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
20326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Tages- und Quartalsprofil
20333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
20334	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
20338	Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	55	44	Tages- und Quartalsprofil
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	37	30	Tages- und Quartalsprofil
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	24	19	Tages- und Quartalsprofil
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
20350*	Pneumographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
20351*	Elektroglottographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20352*	Schallspektrographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20353*	Palatographie	8	7	Tages- und Quartalsprofil
20360*	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20361*	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20370*	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20371*	Eingangsdagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	40	35	Nur Quartalsprofil
20372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
20373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung	KA	10	Nur Quartalsprofil
20374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 bei Abstimmung mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination mit pädagogischen Einrichtungen	10	8	Tages- und Quartalsprofil
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
21211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21213	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21214	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
21216	Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
21217	Supportive psychiatrische Behandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21219	Zuschlag zur GOP 21218	KA	./.	Keine Eignung
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	7	Tages- und Quartalsprofil
21222	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21226	Zuschlag zur GOP 21225	KA	./.	Keine Eignung
21227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
21228	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	KA	./.	Keine Eignung
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
21231	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
21232	Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	14	14	Nur Quartalsprofil
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
21236	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21237	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
21311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
21330*	Konvulsionsbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
22210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
22211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
22212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
22213	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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	120	96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	20	16	Nur Quartalsprofil
25215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
25228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei gutartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei bösartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25230	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA	./.	Keine Eignung
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
25322*	Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25323*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktischer Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	18	14	Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	148	118	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	89	71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25335*	Interstitielle LDR-Brachytherapie	160	128	Tages- und Quartalsprofil
25336*	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur LDR-Brachytherapie	22	18	Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA	49	Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
25345*	Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
25348*	Bestrahlungsplanung IV	KA	./.	Keine Eignung
26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
26215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
26222	Zuschlag zur GOP 26220	KA	./.	Keine Eignung
26227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	KA	./.	Keine Eignung
26228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	16	13	Tages- und Quartalsprofil
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	7	5	Tages- und Quartalsprofil
26312*	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
26313*	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei	15	12	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung			
26315*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
26316*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
26317*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
26320*	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26321*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26322*	Einlegen einer Ureterverweilschiene	7	7	Tages- und Quartalsprofil
26323*	Wechsel einer Ureterverweilschiene	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26324*	Entfernung einer Ureterverweilschiene	2	2	Tages- und Quartalsprofil
26325*	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	8	7	Tages- und Quartalsprofil
26330*	Zusatzpauschale ESWL	47	35	Tages- und Quartalsprofil
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	3	3	Tages- und Quartalsprofil
26341*	Prostatabiopsie	11	9	Tages- und Quartalsprofil
26350	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26351	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26352	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	9	9	Tages- und Quartalsprofil
27210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
27211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
27212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
27215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
27222	Zuschlag zur GOP 27220	KA	./.	Keine Eignung
27227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	KA	./.	Keine Eignung
27228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
27310*	Ganzkörperstatus	8	7	Nur Quartalsprofil
27311*	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
27321*	Belastungs-EKG	7	6	Nur Quartalsprofil
27322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
27323*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
27324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27331*	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
27332*	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	30	30	Nur Quartalsprofil
27333*	Zuschlag für weitere Untersuchung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30100	Spezifische allergologische Anamnese	5	5	Nur Quartalsprofil
30110	Allergologiediagnostik I	3	2	Nur Quartalsprofil
30111	Allergologiediagnostik II	3	3	Nur Quartalsprofil
30120*	Rhinomanometrischer Provokationstest	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30121*	Subkutaner Provokationstest	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30122*	Bronchialer Provokationstest	10	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30123*	Oraler Provokationstest	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30133	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30134	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
30200	Manualmedizinischer Eingriff	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30201	Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	15	12	Nur Quartalsprofil
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	6	4	Tages- und Quartalsprofil
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit	20	14	Tages- und Quartalsprofil
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	17	14	Tages- und Quartalsprofil
30300*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) ^{oo}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30301*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30310*	Indikationsstellung zu TTF	10	8	Nur Quartalsprofil
30311*	Zusatzpauschale TTF	17	14	Nur Quartalsprofil
30312*	Ausrichtung von TTF	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30320*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30321*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30322*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30323*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvec 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30326*	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30400*	Massagetherapie ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30401*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie ^{oo}	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30402*	Unterwassermassage ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30410*	Atemgymnastik (Einzelbehandlung) ^{oo}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30411*	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30420*	Krankengymnastik (Einzelbehandlung) ^{oo}	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) ^{oo}	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30430	Selektive Phototherapie	1	1	Nur Quartalsprofil
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30440*	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	11	8	Tages- und Quartalsprofil
30500*	Phlebologischer Basiskomplex	10	8	Nur Quartalsprofil
30501*	Verödung von Varizen	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30600*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
30601*	Zuschlag für die Polypentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30610*	Hämorrhoiden-Sklerosierung	5	3	Tages- und Quartalsprofil
30611*	Hämorrhoiden-Ligatur	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30700*	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	22	18	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30701	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	KA	./.	Keine Eignung
30702*	Zusatzpauschale Schmerztherapie	28	22	Nur Quartalsprofil
30703	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
30704*	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	17	13	Nur Quartalsprofil
30705	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
30706*	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	5	./.	Keine Eignung
30708*	Beratung und Erörterung und/ oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30710*	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30712*	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30720*	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30721*	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30722*	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30723*	Ganglionäre Opioid-Applikation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30724*	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30730*	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30731*	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30740*	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes	KA	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	(z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System)			
30750*	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30751*	Langzeitanalgospasmolyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30760*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
30780	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
30781	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
30790*	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	40	29	Nur Quartalsprofil
30791*	Durchführung einer Körperakupunktur	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30800*	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
30810	Erstverordnung Soziotherapie	KA	2	Nur Quartalsprofil
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30900*	Kardiorespiratorische Polygraphie	22	17	Tages- und Quartalsprofil
30901*	Kardiorespiratorische Polysomnographie	46	40	Tages- und Quartalsprofil
30902*	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	5	4	Nur Quartalsprofil
30905*	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	5	4	Nur Quartalsprofil
30920*	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30922*	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30924*	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30930	Testverfahren, neuropsychologische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30931	Probatorische Sitzung ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30932*	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30933*	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	KA	19	Tages- und Quartalsprofil
30934*	Erstellung eines Therapieplans	20	16	Tages- und Quartalsprofil
30935*	Bericht bei Therapieverlängerung	8	2	Tages- und Quartalsprofil
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	3	2	Nur Quartalsprofil
30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	8	Nur Quartalsprofil
30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	2	2	Nur Quartalsprofil
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	7	5	Nur Quartalsprofil
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30954*	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	KA	./.	Keine Eignung
30956*	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954	KA	./.	Keine Eignung
30980	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13	15	12	Nur Quartalsprofil
30981*	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit Arzt gemäß	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13			
30984*	Weiterführendes geriatrisches Assessment	58	46	Nur Quartalsprofil
30985*	Zuschlag zur GOP 30984	20	16	Nur Quartalsprofil
30986*	Zuschlag zur GOP 30985	10	8	Nur Quartalsprofil
30988	Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230, 21231 für die Einleitung und Koordination von Therapiemaßnahmen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments	5	4	Nur Quartalsprofil
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	25	19	Nur Quartalsprofil
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	25	21	Nur Quartalsprofil
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	27	22	Nur Quartalsprofil
31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	28	23	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31121*	Eingriff der Kategorie C1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31122*	Eingriff der Kategorie C2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31123*	Eingriff der Kategorie C3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31124*	Eingriff der Kategorie C4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31125*	Eingriff der Kategorie C5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31126*	Eingriff der Kategorie C6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31127*	Eingriff der Kategorie C7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31181*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31182*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31183*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31184*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31185*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5	93	61	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31186*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31187*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31188*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31187	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31213*	Eingriff der Kategorie L3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31214*	Eingriff der Kategorie L4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31215*	Eingriff der Kategorie L5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31216*	Eingriff der Kategorie L6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31217*	Eingriff der Kategorie L7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
31351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
31362*	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	38	31	Tages- und Quartalsprofil
31364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
31401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
31451*	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
31452*	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
31453*	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung
31454*	Zuschlag IV	KA	./.	Keine Eignung
31455*	Zuschlag V	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31504*	Postoperative Überwachung 4	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31505*	Postoperative Überwachung 5	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31506*	Postoperative Überwachung 6	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31507*	Postoperative Überwachung 7	25	25	Tages- und Quartalsprofil
31530*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung	1	1	Tages- und Quartalsprofil
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	10	9	Nur Quartalsprofil
31601	Postoperative Behandlung I/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31602*	Postoperative Behandlung I/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31608	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31609*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31610	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31611*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31612	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31613*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31614	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31615*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31616	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31621*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31622	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31623*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31624	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31625*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31626	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31627*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31628	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31629*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31630	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31631*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31632	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31633*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31634	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31635*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31636	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31637*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31643	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31648*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31649	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31650*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31656	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31657*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31658	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a	20	20	Nur Quartalsprofil
31659*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b	16	16	Nur Quartalsprofil
31660	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31661*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b	20	20	Nur Quartalsprofil
31662	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4a	30	30	Nur Quartalsprofil
31663*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4b	26	26	Nur Quartalsprofil
31669	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31670*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31671	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31672*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31673	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31674*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31675	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31685*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31686	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31687*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31688	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31689*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31695	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31696*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31697	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a	18	18	Nur Quartalsprofil
31698*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b	13	13	Nur Quartalsprofil
31699	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31700*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3b	19	19	Nur Quartalsprofil
31701	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4a	28	28	Nur Quartalsprofil
31702*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31708	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31709*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31710	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31711*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31712	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31717*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/1b	8	8	Nur Quartalsprofil
31718	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/2a	21	21	Nur Quartalsprofil
31719*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/2b	17	17	Nur Quartalsprofil
31720	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/3a	26	26	Nur Quartalsprofil
31721*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/3b	21	21	Nur Quartalsprofil
31722	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/4a	29	29	Nur Quartalsprofil
31723*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XI/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31724	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/1a	7	7	Nur Quartalsprofil
31725*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/1b	3	3	Nur Quartalsprofil
31726	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/2a	7	7	Nur Quartalsprofil
31727*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/2b	3	3	Nur Quartalsprofil
31728	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/3a	10	10	Nur Quartalsprofil
31729*	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/3b	6	6	Nur Quartalsprofil
31730	Postoperative Behandlung Augheilkunde XII/4a	13	13	Nur Quartalsprofil
31731*	Postoperative Behandlung Augheilkunde 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31932*	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31941	Abdrücke und Modelle I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31942	Abdrücke und Modelle II	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
31943	Abdrücke und Modelle III	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31944*	Abdrücke und Modelle IV	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31945*	Abdrücke und Modelle V	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31946*	Abdrücke und Modelle VI	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
33000	Sonographie des Auges	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	3	3	Tages- und Quartalsprofil
33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33011	Sonographie der 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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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 Säuglings Hüften	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33060*	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33061*	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33062*	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33063*	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33064*	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
33070*	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	16	14	Tages- und Quartalsprofil
33071*	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33072*	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	13	11	Tages- und Quartalsprofil
33073*	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33074*	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	12	10	Tages- und Quartalsprofil
33075*	Zuschlag Farbduplex	KA	./.	Keine Eignung
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	5	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33080	Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	6	4	Tages- und Quartalsprofil
33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	8	6	Tages- und Quartalsprofil
33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33105*	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	14	11	Tages- und Quartalsprofil
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	5	3	Tages- und Quartalsprofil
34223*	Myelographie(n)	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34237	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34238	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	2	2	Tages- und Quartalsprofil
34242*	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34246*	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	6	5	Tages- und Quartalsprofil
34247*	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34248*	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms nach Sellink	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34250*	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34251*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34252*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	21	15	Tages- und Quartalsprofil
34255	Ausscheidungsurographie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34272	Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	4	4	Tages- und Quartalsprofil
34273	Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34274*	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34280	Durchleuchtung(en)	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34282	Schichtaufnahmen	8	5	Tages- und Quartalsprofil
34283*	Serienangiographie	25	22	Tages- und Quartalsprofil
34284*	Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße	18	16	Tages- und Quartalsprofil
34285*	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	9	8	Tages- und Quartalsprofil
34286*	Zuschlag Intervention	40	36	Tages- und Quartalsprofil
34287*	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34290*	Angiokardiographie	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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34310*	CT-Untersuchung des Neurocraniums	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34311*	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34312*	Zuschlag Intrathekale Kontrastmittelgabe	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34320*	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	11	8	Tages- und Quartalsprofil
34321*	CT-Untersuchung der Schädelbasis	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34322*	CT-Untersuchung der Halsweichteile	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34330*	CT-Untersuchung des Thorax	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34340*	CT-Untersuchung des Oberbauches	13	8	Tages- und Quartalsprofil
34341*	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34342*	CT-Untersuchung des Beckens	13	9	Tages- und Quartalsprofil
34343*	Zuschlag Vollständige zweite Serie	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34344*	Zuschlag Dynamische Serien	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34345*	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	7	4	Tages- und Quartalsprofil
34350*	CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34351*	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34360*	CT- gestützte Bestrahlungsplanung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34410*	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	14	9	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34431*	MRT-Untersuchung der Mamma	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
34440*	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34441*	MRT-Untersuchung des Abdomens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34442*	MRT-Untersuchung des Beckens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34450*	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34451*	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34452*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34460*	Bestrahlungsplanung MRT	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34470*	MRT-Angiographie der Hirngefäße	KA	./.	Keine Eignung
34475*	MRT-Angiographie der Halsgefäße	KA	./.	Keine Eignung
34480*	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	KA	./.	Keine Eignung
34485*	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	KA	./.	Keine Eignung
34486*	MRT-Angiographie von Venen	KA	./.	Keine Eignung
34489*	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	KA	./.	Keine Eignung
34490*	MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien	KA	./.	Keine Eignung
34492*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	KA	./.	Keine Eignung
34500*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	KA	18	Nur Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34700*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	KA	29	Nur Quartalsprofil
34701*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	KA	57	Nur Quartalsprofil
34702*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	KA	22	Nur Quartalsprofil
34703*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	KA	46	Nur Quartalsprofil
34704*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	29	Nur Quartalsprofil
34705*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	57	Nur Quartalsprofil
34706*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	22	Nur Quartalsprofil
34707*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	46	Nur Quartalsprofil
34720*	PSMA-PET des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35111*	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	26	26	Tages- und Quartalsprofil
35112*	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
35113*	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	10	5	Tages- und Quartalsprofil
35120*	Hypnose	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35130*	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)	23	23	Tages- und Quartalsprofil
35131*	Bericht an den Gutachter (LZT)	46	46	Tages- und Quartalsprofil
35140	Biographische Anamnese ^{ooo}	55	70	Tages- und Quartalsprofil
35141*	Vertiefte Exploration ^{ooo}	20	21	Tages- und Quartalsprofil
35142*	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	6	4	Tages- und Quartalsprofil
35150	Probatorische Sitzung ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde ^{ooo}	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35152*	Psychotherapeutische Akutbehandlung ^{ooo}	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35163	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35164	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35178	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35179	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35401*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35402*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35405*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35411*	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35412*	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35415*	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35421*	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35422*	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35425*	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung) ^{ooo}	60	70	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35505*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35506*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35507*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35508*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35509*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35513*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35514*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35515*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35516*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35517*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35518*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35519*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35523*	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35524*	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35525*	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35526*	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35527*	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35536*	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35537*	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35538*	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35539*	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35543*	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35544*	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35545*	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35546*	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35547*	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35548*	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35549*	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35553*	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35554*	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35555*	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35556*	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35557*	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35558*	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35595*	Zuschlag KZT, 5 TN	KA	./.	Keine Eignung
35596*	Zuschlag KZT, 6 TN	KA	./.	Keine Eignung
35597*	Zuschlag KZT, 7 TN	KA	./.	Keine Eignung
35598*	Zuschlag KZT, 8 TN	KA	./.	Keine Eignung
35599*	Zuschlag KZT, 9 TN	KA	./.	Keine Eignung
35600	Testverfahren, standardisierte	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35601	Testverfahren, psychometrische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35602	Verfahren, projektive	4	4	Tages- und Quartalsprofil
35703*	Systemische Therapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35704*	Systemische Therapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35705*	Systemische Therapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35706*	Systemische Therapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35707*	Systemische Therapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35708*	Systemische Therapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35709*	Systemische Therapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35713*	Systemische Therapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35714*	Systemische Therapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35715*	Systemische Therapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35716*	Systemische Therapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36098*	Zuschlag zu den GOP 36096 und 36097	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
36101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36125*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36126*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36127*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36211*	Eingriff der Kategorie L1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36212*	Eingriff der Kategorie L2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36213*	Eingriff der Kategorie L3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36214*	Eingriff der Kategorie L4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36215*	Eingriff der Kategorie L5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36216*	Eingriff der Kategorie L6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36217*	Eingriff der Kategorie L7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36289*	Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36290*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen Nrn. 36321 bis 36327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach Nrn. 36331 bis 36337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1 (Phakoemulsifikation)	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
36351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 (Phakoemulsifikation)	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
36358*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	63	44	Tages- und Quartalsprofil
36371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
36372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
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 parabolbulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
36802*	Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
36820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
36821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
36822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
36823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
36824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
36825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
36826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
36827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
36828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36829*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie während eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
36841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
36861*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36867*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36881*	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie	KA	3	Nur Quartalsprofil
36882*	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter	KA	12	Nur Quartalsprofil
36883*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
36884*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
37100	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37105	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37113	Zuschlag zur GOP 01413	KA	./.	Keine Eignung
37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
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

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	KA	./.	Keine Eignung
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	KA	./.	Keine Eignung
37318	Telefonische Beratung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
37320	Fallkonferenz	KA	./.	Keine Eignung
37400	Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
37500	Eingangssprechstunde	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37510	Differentialdiagnostische Abklärung	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37520*	Erstellung Gesamtbehandlungsplan	35	28	Nur Quartalsprofil
37525*	Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	35	28	Nur Quartalsprofil
37530*	Koordination der Versorgung	KA	./.	Keine Eignung
37535*	Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person	KA	./.	Keine Eignung
37550*	Fallbesprechung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37551*	Zuschlag zur GOP 37550	KA	./.	Keine Eignung
37570*	Zusatzpauschale Organisations- und Managementaufgaben/ Aufwände Netzverbund	KA	./.	Keine Eignung
37700*	Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37701*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Erhebung im 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	KA	11	Nur Quartalsprofil

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL			
37710	Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C	13	10	Tages- und Quartalsprofil
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL	21	17	Nur Quartalsprofil
37714*	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt	KA	./.	Keine Eignung
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL	KA	./.	Keine Eignung
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38200	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung
38205	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung

4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32048	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten	III / 2007
32049	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Eosinophilenzählung	III / 2007
32080	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Prostataphosphatase	III / 2007
32088	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Glykierte Blut und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin	III / 2007
32093	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Quantitative Bestimmung Chymotrypsin	III / 2007
32098	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Trijodthyronin (T 3)	III / 2007
32099	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Thyroxin (T 4)	III / 2007
32100	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin (TBG), T3-uptake, oder Thyroxinbindungskapazität	III / 2007
32129	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, Rheumafaktor	III / 2007
32171	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Treponemen im Dunkelfeld und/oder mit Phasenkontrast	III / 2007
32239	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Aldolase	III / 2007
32241	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Leucin-Arylamidase (LAP)	III / 2007
32255	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Hydroxyprolin	III / 2007

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32256	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Lezithin	III / 2007
32266	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Magnesium	III / 2007
32275	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Gold im Serum	III / 2007
32276	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Kobalt	III / 2007
32282	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Zinn	III / 2007
32399	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, CA 549	III / 2007
32423	Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial	III / 2007
32424	Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors	III / 2007
32429	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline	IV / 2009
32436	Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, Alpha-1-Glykoprotein	III / 2007
32477	Immun(fixations)elektrophorese	IV / 2009
32534	Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen	III / 2007
32577	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz	III / 2007
32703	Antigennachweis Neisseria gonorrhoeae mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay	IV/2022
	Bestimmung von Biotin	II / 2008
	Bestimmung von Gamma-Interferon	II / 2008
	Bestimmung von Heat Shock Protein	II / 2008
	Bestimmung von Hyaluronsäure im Serum	II / 2008
	Bestimmung von Kryptophyrrol	II / 2008
	Bestimmung von Melanin im Urin	II / 2008
	Bestimmung von Melatonin	II / 2008
	Bestimmung von Molybdän	II / 2008
	Bestimmung von N-Acetyl-Glucoseaminidase (NAG)	II / 2008

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
	Bestimmung von NK-Zell-Modulatorsteste (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) rheumatische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 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