

Inhalt

Herausgeber und Autoren.....	XI
Abkürzungsverzeichnis	XIII
Vorwort	XVII
I Allgemeine Bestimmungen.....	1
1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur.....	1
1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen	1
1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche.....	1
1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen.....	2
1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe	2
1.3 Qualifikationsvoraussetzungen	2
1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.....	3
1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	3
1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenord- nungspositionen).....	4
1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung	4
1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen...	5
1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen	5
2 Erbringung der Leistungen.....	5
2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung	5
2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte	6
2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung.....	7
2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.....	7
2.1.4 Berichtspflicht	7
2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht	9
2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen	9
2.2 Persönliche Leistungserbringung	10
2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute	10
3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall.....	10
3.1 Behandlungsfall.....	10
3.2 Krankheitsfall	11
3.3 Betriebsstättenfall.....	12
3.4 Arztfall.....	12
3.5 Arztgruppenfall	12
3.6 Zyklusfall	12
3.7 Reproduktionsfall	12
3.8 Zeiträume/Definitionen	12
3.8.1 Kalenderjahr	12
3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag	13
3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen	13
3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen	13
3.8.5 Behandlungstag	13
3.8.6 Quartal	13
3.8.7 Der letzten vier Quartale	13
3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen	13
3.9.1 Je vollendeten Minuten	13
3.9.2 Je Bein, je Sitzung	13
3.9.3 Je Extremität, je Sitzung	14
3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft	14

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen	14
4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	14
4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen	15
4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung	15
4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung	16
4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt	16
4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen	18
4.3.3 Mindestkontakte	19
4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit	19
4.3.5 Altersgruppen	19
4.3.5.1 Für Altersangaben gilt	20
4.3.6 Labor	20
4.3.7 Operative Eingriffe	20
4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung	21
4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung	21
4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung	21
4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung	21
4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens	22
4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle	22
4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall	22
4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall	23
4.4 Abrechnungsausschlüsse	24
4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander	24
4.4.2 Zuschlag	24
5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte	24
5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	24
5.2 Kennzeichnungspflicht	25
5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen	25
6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind	26
6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale	26
6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	26
6.2.1 Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3	27
6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung	27
7 Kosten	27
7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten	27
7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten	28
7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten	28
7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten	29

II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.... 31

Kapitel	Bereich	EBM-Nrn.	Seite
1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen			32
1.1	Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100–01102	32
1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01205–01226	35
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	01410–01480	44
1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510–01545	61
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600–01672	66

1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutter-schaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschafts-abbruch (vormals Sonstige Hilfen)	83
1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.....	01702–01727 84
1.7.9	COVID-19-Präexpositionsprophylaxe	01940 97
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	99
2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100–02120 99
2.2	Tuberkulintestung	02200 101
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen.....	02300–02360 101
2.4	Diagnostische Verfahren, Tests, Corona-Abstrich.....	02400–02401 114
2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen.....	02500–02520 115
III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	117
4	Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin	117
4.1	Präambel	117
4.2	Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	121
4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichs-spezifische Vorhaltung	04000–04040 121
4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung.....	04220–04231 125
4.2.3	Besondere Leistungen	04241–04354 128
4.2.4	Sozialpädiatrische Versorgung	04355–04356 133
4.2.5	Palliativmedizinische Versorgung	04370–04373 135
4.4	Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	138
4.4.1	Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie	04410–04420 138
4.4.2	Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen	04430–04439 142
4.4.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie	04441–04443 146
4.5	Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiter-bildung.....	147
4.5.1	Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen ..	04511–04529 147
4.5.2	Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen	04530–04538 152
4.5.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie..	04550–04551 155
4.5.4	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse.....	04560–04573 157
4.5.5	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie	04580–04590 161
IIIb	Fachärztlicher Versorgungsbereich	163
27	Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.....	163
27.2	Physikalisch rehabilitative Grundpauschale.....	27210–27215 163
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen.....	165
30	Spezielle Versorgungsbereiche	165
30.1	Allergologie.....	165
30.1.1	Allergologische Anamnese	30100 165
30.1.2	Allergie-Testungen	30110–30123 166
30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung.....	30130–30134 168
30.4	Physikalische Therapie.....	30410 170
31	Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	171
31.1	Präoperative Gebührenordnungspositionen	171
31.1.1	Präambel	171
31.1.2	Präoperative Gebührenordnungspositionen	31010–31011 172

Die Leistungen der Gebührenpositionen für ambulantes Operieren, Anästhesie, praeoperative und fachärztliche postoperative Gebührenpositionen der Kapitel 31.2 bis 31.2.13, 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe und die Kapitel 31.4.3 bis 31.5.3 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit aufgenommen.

31.4	Postoperative Behandlungskomplexe	174
31.4.2	Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich.....	174
		31600
32	In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie Transfusionsmedizin	175
32.1	Grundleistungen	177
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen.....	181
32.2.1	Basisuntersuchungen.....	32025–32042
32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen.....	32045–32052
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32055–32107
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen.....	32110–32117
32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120–32125
32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128–32150
32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen.....	32151–32152
32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32880–32882
32.3	Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekulopathologische Untersuchungen.....	199
32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen.....	32155–32187
32.3.2	Funktionsuntersuchungen.....	32190–32198
32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen	32203–32229
32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen.....	32230–32421
32.3.5	Immunologische Untersuchungen	32426–32533
32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen.....	32540–32557
32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32560–32670
32.3.8	Parasitologische Untersuchungen	32680–32683
32.3.9	Mykologische Untersuchungen.....	32685–32692
32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen	32700–32777
32.3.11	Virologische Untersuchungen	32779–32795
32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen.....	32800–32853
32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen.....	32860–32865
33	Ultraschalldiagnostik	33011–33100
35	Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).....	278
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen.....	35100–35179
35.2	Antragspflichtige Leistungen.....	292
35.2.1	Einzeltherapien.....	35401–35435
35.2.2	Gruppentherapien	35503–35719
35.2.3	Zuschläge.....	306
35.2.3.1	Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2	35571–35573
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren.....	35600–35602
36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	309
Die Leistungen der belegärztlichen Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung des Kapitels 36 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit Kommentaren aufgenommen.		
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL und der AKI-RL	310
37.7	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL	37700–37720

V Kostenpauschalen	315
40 Kostenpauschalen	315
40.1 Präambel	315
40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40100–40106 315
40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kosten pauschale für Telefax	40110–40131 316
40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmal-sklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter	40142–40154 319
VI Anhänge	321
1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen	321
2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36	321
3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V	321
4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen	321
5 nicht vorhanden	321
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)	321
VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Hinweise zur KBV)	323
50.4 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	50400–50401 323
50.5 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 c) Hämophilie	50510–50512 324
50.7 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 b) Mukoviszidose	50700 325
Schutzimpfungen	89100A–89600B 327
Rechtsprechung: Urteile zu GKV-Abrechnungen und Behandlungen	331
1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung	331
2. Behandlungen – Einzelfälle	332
3. Praxisführung	335
Literatur und Internet	336
Stichwortverzeichnis	339

UV-GOÄ für Pädiater

Einleitung	359
Wichtige Informationsquellen	360
Dokumentation ist wichtig	360
Clearingstelle	361
So vermeiden Sie Fehler in der Dokumentation	361
Allgemeine Heilbehandlung	361
Wann besteht eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt?	361
Besondere Heilbehandlung	361
Weiterbehandlung nach Primärversorgung beim D-Arzt?	362
Hinzuziehung durch den D-Arzt	362
Abrechnung	363
Strukturen im Bereich der Unfallversicherung	363
Wann muss der Patient zum D-Arzt?	364
Verordnung von Arzneimitteln	364
Was ist ein Wegeunfall?	365
Impfungen	365
Wichtige Pädiatrische Gebührennummern	366
Nr. 1 Symptomzentrierte Untersuchung	366
Nr. 6 Umfassende Untersuchung	366
Nr. 800 Eingehende neurologische Untersuchung	368
Nr. 826 Neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	368
Nr. 125 Unfallbericht F1050	368
Nr. 143 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung § 47 V	369
Nr. 401–420 Sonographie	369
Nr. 200 ff. Verbände und Besondere Kosten	370
Nr. 2000 ff. Wundversorgung	371
Nr. 1427 u. 1569 Fremdkörper Nase und Ohr	373
Nr. 2226 Chassaignac Reposition	373