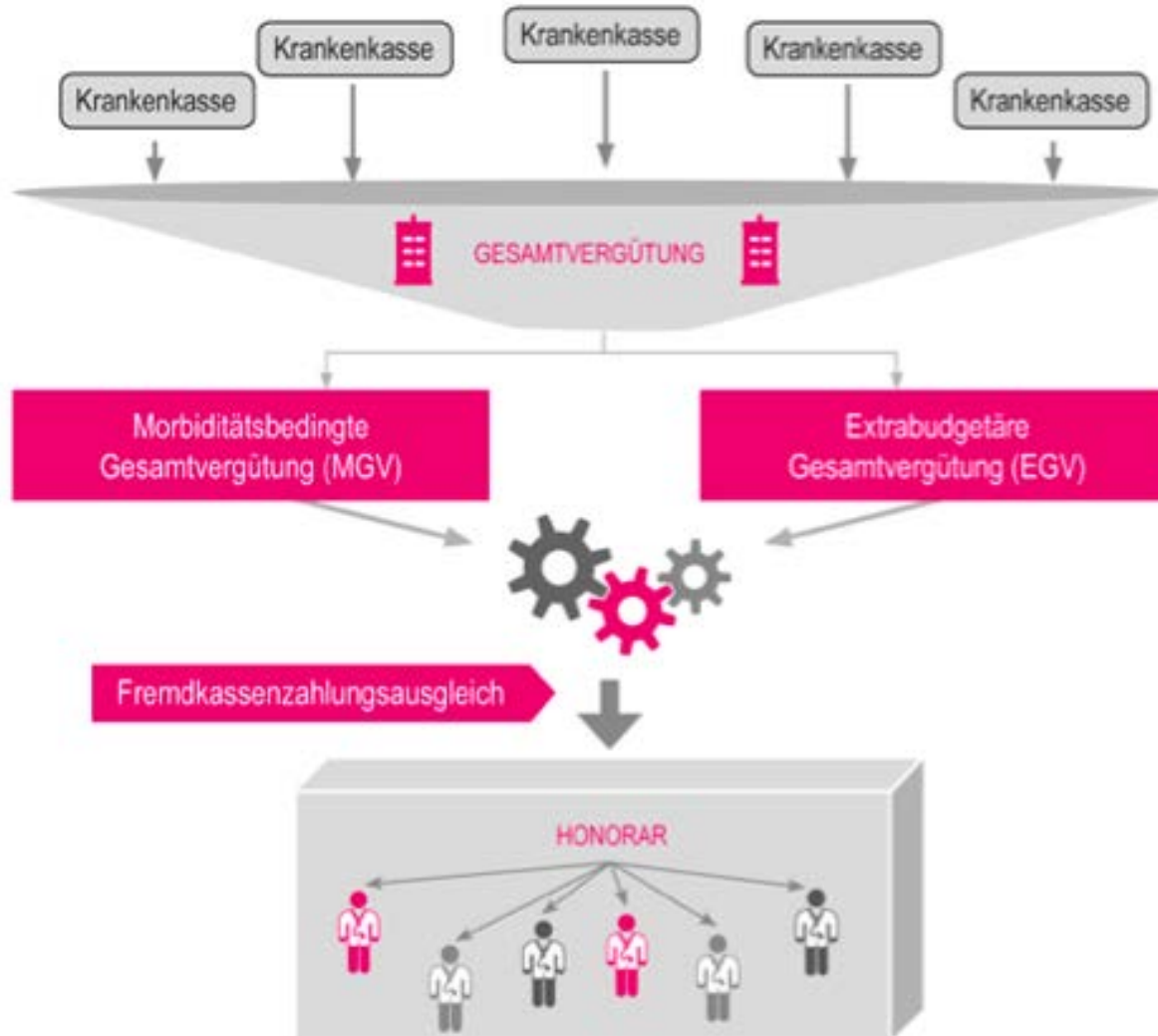


## GKV – Abrechnung Hausärzte

## Grundlagen

# GKV – Abrechnung Hausärzte



??direkte Vergütung?? ??quotierte Vergütung??

## § 87

Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

- (2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr **wertmäßiges, in Punkten** ausgedrücktes Verhältnis zueinander; .....

# GKV – Abrechnung Hausärzte

Jahr	Punktwert
2009	3,5001
2010	3,5048
2011	3,5048
2012	3,5048
I-III/2013	3,5363
IV/2013	10,0000
2014	10,1300
2015	10,2718
2016	10,4361
2017	10,5300
2018	10,6543
2019	10,8226

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

## der EBM



## Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 1. Quartal 2018

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

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2018

Die Abschnitte und Kapitel des EBM:

1. Allgemeine Bestimmungen
2. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen (Kapitel 1 und 2)
3. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen (Kapitel 3 bis 27)
4. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Kapitel 30 bis 38)
5. Kostenpauschalen (Kapitel 40)
6. Anhänge

Abrechnungsausschlüsse:

Je Sitzung?

Nicht neben?

Am Tag?

Innerhalb von x Tagen?

Nicht neben im Arztfall?

Nicht neben im Behandlungsfall?

Nicht neben im Krankheitsfall?

Obligater Leistungsinhalt?

Fakultativer Leistungsinhalt?

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten</b>	<b>20,88 €</b> <b>196 Punkte</b>
- 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	
<b>01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten</b>	<b>33,35 €</b> <b>313 Punkte</b>
- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr	
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr	
<b>01102 Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr</b>	<b>10,76 €</b> <b>101 Punkte</b>

## **1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen**

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.

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01410	<b>Besuch eines Kranken</b> , wegen der Erkrankung ausgeführt	22,59 € 212 Punkte
01411	<b>Dringender Besuch</b> wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt	49,97 € 469 Punkte
	- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	
01412	<b>Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation</b> wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt	66,70 € 626 Punkte
	- Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr	
	oder	
	- Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr	
	oder	
	- Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume	
	oder	
	- Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume	

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01413	<b>Besuch eines weiteren Kranken</b> in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418	11,29 € 106 Punkte
01414	<b>Visite</b> auf der Belegstation, je Patient	9,27 € 87 Punkte
01415	Dringender Besuch eines Patienten in <b>beschützenden Wohnheimen</b> bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt	58,17 € 546 Punkte
01416	<b>Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport</b> zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung, je vollendete 10 Minuten	9,59 € 90 Punkte
01418	<b>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</b>	82,89 € 778 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01425	<b>Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b> gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V	26,96 € 253 Punkte
01426	<b>Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</b> gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V, höchstens zweimal im Behandlungsfall	16,19 € 152 Punkte

## 01430 Verwaltungskomplex

1,28 €  
12 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

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

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen

*Die Gebührenordnungsposition 01430 ist im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.*

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

## 01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

9,38 €

### *Obligater Leistungsinhalt*

88 Punkte

- 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

*Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01435 nicht berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01435 ist nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.*

# GKV – Abrechnung Hausärzte

## 01436 Konsultationspauschale

1,92 €  
18 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-A)

und/oder

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

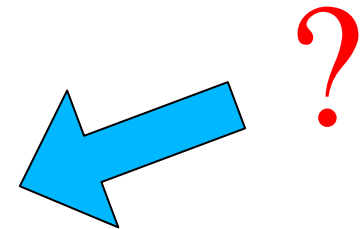
und/oder

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

und/oder

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

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



# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

*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 notwendig.*

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01439| **Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde**  
gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

9,38 €  
88 Punkte

## *Obligater Leistungsinhalt*

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

## *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Dokumentation,
- Erneute Einbestellung des Patienten,  
einmal im Behandlungsfall

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

01450 **Zuschlag** im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25 und zu den Gebührenordnungspositionen 01439 und 30700 **für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde** gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)  
*Obligater Leistungsinhalt* 4,26 €  
40 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

- 01460 **Aufklärung über die Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 3 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)** 2,98 €  
28 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- 01461 **Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V i. V. mit § 4 Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV)** 9,80 €  
92 Punkte  
*Obligater Leistungsinhalt*
- Datenerfassung im Rahmen des Erhebungsbogens der Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln,
  - Elektronische Übermittlung des Erhebungsbogens der Begleiterhebung zur Anwendung von Cannabisarzneimitteln an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in anonymisierter Form

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01600 <b>Ärztlicher Bericht</b> über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	4,16 € 39 Punkte
01601 <b>Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information</b> des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten	7,88 € 74 Punkte
01602 <b>Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes</b> nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572, 11230 oder 11233 an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V	1,28 € 12 Punkte
40120 <b>Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g</b> (z. B. im Postdienst Standardbrief) oder für die <b>Übermittlung eines Teletax</b>	0,55 €
40144 <b>Kostenpauschale 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,</b> je Seite	0,13 €

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01611	<b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b> unter Verwendung des Vordrucks <b>Muster 61</b> gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V	32,18 € 302 Punkte
01612	<b>Konsiliarbericht</b> eines Vertragsarztes <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie</b> durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ( <b>Muster 22</b> ) gemäß den Psychotherapie-Richtlinien	3,94 € 37 Punkte
01620	<b>Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis</b> , nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem <b>Muster 50</b>  <i>Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.</i>	3,20 € 30 Punkte
01621	<b>Krankheitsbericht</b> , nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den <b>Mustern 11, 53 oder 56</b>	4,69 € 44 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01622	<b>Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51 oder 52</b>	8,84 € 83 Punkte
01623	<b>Kurvorschlag</b> des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach <b>Muster 25</b>	5,65 € 53 Punkte
01626	<b>Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von</b>	15,24 € 143 Punkte
01630	<b>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)</b>	4,16 € 39 Punkte

## Voraussetzung Anschluss an die Telematikinfrastuktur

01640	<b>Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)</b>	8,52 € 80 Punkte
01641	<b>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),</b>	0,43 € 4 Punkte
01642	<b>Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),</b>	0,11 € 1 Punkte

**01702 Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß  
Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen  
Bundesausschusses** **2,98 €  
28 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening)

**01703 Pulsoxymetrie-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**16,73 €  
157 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß,
- Dokumentation des Pulsoxymetrie-Screenings im Untersuchungsheft für Kinder

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening),
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß innerhalb von 2 Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung,
- Bei positivem Screeningergebnis Veranlassung der Abklärungsdiagnostik bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin möglichst mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie,
- Dokumentation der Kontrollmessung im Untersuchungsheft für Kinder

01704 Zuschlag für die **Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01711** 2,98 €  
28 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personenberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 5 der Kinder-Richtlinie (Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening)

**01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

14,38 €  
135 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personenberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des erweiterten Neugeborenen-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel I und des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 3 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening),
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Probenentnahme(n) von nativem Venen- oder Fersenblut als erste Blutprobe oder Kontrollblutprobe mit Probenaufbereitung im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings und im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

**01709 Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**5,33 €  
50 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personenberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf Mukoviszidose,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Probenentnahme von nativem Venen- oder Fersenblut mit Probenaufbereitung im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01711	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	13,42 € 126 Punkte
01712	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2), einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening	42,72 € 401 Punkte
01713	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	42,83 € 402 Punkte
01714	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	42,83 € 402 Punkte
01715	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	42,83 € 402 Punkte
01716	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	42,83 € 402 Punkte
01717	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	42,83 € 402 Punkte
01718	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	42,83 € 402 Punkte
01719	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	42,83 € 402 Punkte
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	37,93 € 356 Punkte
01723	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)	42,83 € 402 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

01730	Untersuchung zur <b>Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau</b> gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	19,18 € 180 Punkte
01731	Untersuchung zur <b>Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann</b> gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	15,24 € 143 Punkte
01732	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den <b>Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien</b>	32,28 € 303 Punkte

**Neue Richtlinien des G-BA zur GOP 01732!**  
**Neue Laborleistungen, für die es ggf. neue Leistungen gibt.**

01735 **Beratung** gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("**Chroniker-Richtlinie**") zu **Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen** 10,97 €  
103 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("**Chroniker-Richtlinie**") über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. § 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund,
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Ausstellung der Bescheinigung

**01737 Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung** **6,07 €**  
**57 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems,
- Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl

**01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms**

10,97 €

*Obligater Leistungsinhalt*

103 Punkte

- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund,
- Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

**01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** **22,80 €**  
**214 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung über weitergehende Maßnahmen

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01746 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die 18,11 €  
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. 170 Punkte  
der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung über weitergehende Maßnahmen

01747 Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen  
Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf  
Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL) 6,07 €  
57 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage zur US-BAA-RL,
- Ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Veranlassung einer sonographischen Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL

# GKV – Abrechnung Hausärzte

- 01748 Sonographische Untersuchung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)** **15,77 €**  
**148 Punkte**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund
- 
- 01758 Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä), ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes** **6,82 €**  
**64 Punkte**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

**01776 Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)**

**11,29 €  
106 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Orale Gabe von 50 g Glukoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit),
- Entnahme von Venenblut 1h nach Gabe von 50 g Glukoselösung,
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Veranlassung eines zeitnah durchzuführenden oralen Glukosetoleranztests (oGTT) einschließlich diesbezüglicher Beratung der Schwangeren bei Überschreitung des dafür in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten unteren Grenzwerts,
- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreitung des in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten oberen Grenzwerts,

**höchstens zweimal im Krankheitsfall**

**01777 Orale Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)** **13,74 €**  
**129 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Orale Gabe von 75 g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8h Nahrungskarenz,
- Dreimalige Entnahme von Venenblut (nüchtern, 1h sowie 2h nach Gabe der Glukoselösung),
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreiten der in den o.g. Richtlinien des G-BA aufgeführten Grenzwerte,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01812	<b>Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/ Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)</b>	1,70 € 16 Punkte
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik,</li><li>- Angabe des Messergebnisses als Glukosekonzentration im venösen Plasma,</li></ul>	
	je Untersuchung	

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

<b>01816 Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Abschnitt A, Nr. 2 b der Mutterschaftsrichtlinie</b>	<b>9,06 € 85 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure- amplifizierendem Test (NAT),	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
- Pooling entsprechend der Richtlinie, einmal im Krankheitsfall	

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01820	<b>Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen, im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch</b>	1,17 € 11 Punkte
01821	<b>Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses, einmal im Krankheitsfall</li></ul>	7,56 € 71 Punkte
01822	<b>Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,</li><li>- Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821),</li></ul> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,</li></ul> einmal im Behandlungsfall	12,04 € 113 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

01828	<b>Entnahme von Venenblut</b> für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung einmal im Behandlungsfall	2,02 € 19 Punkte
01840	<b>Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin</b> gemäß Abschnitt B, Nr. 6 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT), <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Pooling entsprechend der Richtlinie, einmal im Krankheitsfall	7,14 € 67 Punkte

**01915 Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin** gemäß Abschnitt D, Nr. 3.3, a, (aa) der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch **7,14 €**  
**67 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Pooling entsprechend der Richtlinie,  
einmal im Krankheitsfall

4. Die Gebührenordnungspositionen 01730, 01735, 01816, 01821, 01822, 01828, 01840 und 01915 sind von den unter Nr. 1 genannten Vertragsärzten berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.

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

GOP'en 01949 - 01960

## 2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

## 2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

Unterschiede zwischen ambulanten Operationen?

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	<b>6,07 €</b> <b>57 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- 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,	
<b>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht</b>	<b>13,74 €</b> <b>129 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder	
- Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder	
- Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder	
<b>02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern</b>	<b>25,46 €</b> <b>239 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder	

## 4.3.5 Altersgruppen

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

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

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

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>02310</b>	<b>Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)</b>	<b>21,84 €</b> <b>205 Punkte</b>
<b>02311</b>	<b>Behandlung des diabetischen Fußes</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i>	<b>14,92 €</b> <b>140 Punkte</b>
<b>02312</b>	<b>Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Abtragung von Nekrosen,</li><li>- Lokalthherapie unter Anwendung von Verbänden,</li><li>- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,</li><li>- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen,</li></ul> <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Thromboseprophylaxe,</li><li>- Teilbäder,</li></ul> je Bein, je Sitzung	<b>5,86 €</b> <b>55 Punkte</b>

**02313 Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem** **6,07 €**  
**57 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

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

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>02500 Einzelinhalationstherapie</b>	<b>1,49 €</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	<b>14 Punkte</b>
- Intermittierende Überdruckbeatmung und/oder	
- Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z. B. Ultraschallvernebelung),	
je Sitzung	
<b>02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe</b>	<b>4,69 €</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	<b>44 Punkte</b>
- Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe,	
je Sitzung	

## 02510 Wärmetherapie

2,02 €

### *Obligater Leistungsinhalt*

19 Punkte

- Mittels Packungen mit Paraffinen  
und/oder

- Mittels Peloiden  
und/oder

- Mittels Heißluft  
und/oder

- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle  
und/oder

- Mittels Mikrowelle  
und/oder

- Mittels Hochfrequenzstrom  
und/oder

- Mittels Infrarotbestrahlung  
und/oder

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

je Sitzung

# GKV – Abrechnung Hausärzte

02511	<b>Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme</b>	1,17 € 11 Punkte
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
	- Galvanisation und/oder	
	- Reizstrom und/oder	
	- Neofaradischer Schwellstrom und/oder	
	- Iontophorese und/oder	
	- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie und/oder	
	- Schwellstromtherapie und/oder	
	- Interferenzstromtherapie, je Sitzung	

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

<b>02512 Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen</b>	<b>2,02 €</b> <b>19 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
- Elektrostimulation, - Festlegung der Reizparameter, je Sitzung	
<b>02520 Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag</b>	<b>10,55 €</b> <b>99 Punkte</b>

## Kapitel 3 Hausärzte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

## 03000 Versichertenpauschale

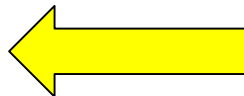
### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,



### *Fakultativer Leistungsinhalt*

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



# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	25,14 € 236 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	15,98 € 150 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	13,00 € 122 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	16,73 € 157 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	22,37 € 210 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

## 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
	<b>Legende</b>	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	<b>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)</b>	X	X	X
	<b>Absaugung körpereigener Flüssigkeiten</b>	X	X	X
	<b>Abschabung der Hornhaut des Auges</b>		X	
	<b>Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich</b>	X	X	
	<b>Aderlass</b>	X	X	
	<b>Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen</b>	X	X	X
	<b>Anästhesie eines peripheren Nerven</b>	X	X	X

# GKV – Abrechnung Hausärzte

**03030 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt** **8,20 €**  
**77 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, höchstens zweimal im Behandlungsfall

**03040 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V** **15,34 €**  
**144 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, einmal im Behandlungsfall

# GKV – Abrechnung Hausärzte

## 03060 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040

2,34 €  
22 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 und/oder Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterstützung bei der Betreuung von Patienten,
- Unterstützung bei der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen,

## 03061 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060, je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

1,28 €  
12 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

03062	<b>Gebührenordnungsposition</b>	<b>einschl.</b>	<b>Wegekosten</b>	-	17,69 €
	entfernungsunabhängig - für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegen				166 Punkte
	<i>Obligater Leistungsinhalt</i>				
	- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,				
	- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung				
	- in der Häuslichkeit,				
	und/oder				
	- in Alten- oder Pflegeheimen				
	und/oder				
	- in anderen beschützenden Einrichtungen				
	und/oder				
	- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (1. Besuch),				
	- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,				
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>				
	- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,				
	- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,				
	je Sitzung				

# GKV – Abrechnung Hausärzte

03063 **Gebührenordnungsposition** **einschl. Wegekosten** - 13,00 €  
entfernungsunabhängig - **für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen** 122 Punkte  
**anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der

Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden,  
für einen weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft  
und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen  
Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen  
der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-  
Ärzte (BMV-Ä)

## *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) zum Zweck der Versorgung
  - in der Häuslichkeit
- und/oder
  - in Alten- oder Pflegeheimen
- und/oder
  - in anderen beschützenden Einrichtungen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der weiteren postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (ab dem 2. Besuch),
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,

## *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

**03064 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062**

2,13 €  
20 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 03064 wird durch die zuständige  
Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*

**03065 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063**

1,49 €  
14 Punkte

## 3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

# GKV – Abrechnung Hausärzte

03220 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der 13,85 €  
Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung 130 Punkte  
und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer  
lebensverändernden chronischen Erkrankung

## *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

## *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

03221 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung 4,26 €  
40 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

**Wird nicht gezahlt in den Behandlungsfällen in denen folgende Leistungen erbracht und abgerechnet werden:**

- ✦ **Behandlung krebskranker Patienten nach der Onkologie-Vereinbarung  
(Anlage 7 Bundesmantelverträge)**
- ✦ **Phlebologie (EBM-Abschnitt 30.5)**
- ✦ **Schmerztherapie nach EBM-Abschnitt 30.7, zum Beispiel Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)**
- ✦ **Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9)**
- ✦ **Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOP 35111 bis 35113)**
- ✦ **Hypnose (GOP 35120)**
- ✦ **Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie (GOP 35130) und zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie (GOP 35131)**

- **Biographische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung**
- **neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35140 bis 35142)**
- **Probatorische Sitzung (GOP 35150)**
- **Antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie (EBM-Abschnitt 35.2)**
- **Leistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich (Paragraf 6 Anlage 5 Bundesmantelverträge)**
- **Leistungen, die auf Überweisung eines anderen Hausarztes oder im Vertretungsfall durchgeführt werden.**

**Ausnahme: Hausärzte, die sich auf die Betreuung von Diabetikern oder HIV-Patienten spezialisiert haben, können auch in diesen Fällen die Pauschale abrechnen. Sie ist dann mit 7,00 Euro statt mit 14,00 Euro bewertet.**

**Faustregel: keine versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale keine Chronikerpauschale!**

**03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist** **9,59 €**  
**90 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten  
und/oder

- einer Bezugsperson,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),

je vollendete 10 Minuten

# GKV – Abrechnung Hausärzte

03241	<b>Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer</b>	9,80 € 92 Punkte
03242	<b>Testverfahren bei Demenzverdacht</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD), je Test, bis zu dreimal im Behandlungsfall</li></ul>	2,02 € 19 Punkte
03321	<b>Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,</li><li>- Wiederholte Blutdruckmessung</li></ul>	21,31 € 200 Punkte
03322	<b>Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer</b>	7,14 € 67 Punkte

# GKV – Abrechnung Hausärzte

## 03324 Langzeit-Blutdruckmessung

8,31 €

### *Obligater Leistungsinhalt*

78 Punkte

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

## 03330 Spirographische Untersuchung

6,39 €

### *Obligater Leistungsinhalt*

60 Punkte

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

## 03331 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex

9,06 €  
85 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Rektale Untersuchung,
  - Proktoskopie
- und/oder
- Rektoskopie,
  - Patientenaufklärung,
  - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
  - Nachbeobachtung und -betreuung

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung

# GKV – Abrechnung Hausärzte

**03335 Orientierende audiometrische Untersuchung nach 9,38 €  
vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung 88 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,
- Binaurikulare Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit mindestens 8 Prüffrequenzen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung</b> eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes	<b>10,12 €</b> <b>95 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,</li><li>- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdreﬂexe sowie der Hirnnerven</li></ul>	
<b>03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung</b> eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen	<b>17,69 €</b> <b>166 Punkte</b>
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Standardisiertes Verfahren,</li><li>- Prüfung aktiver und passiver Wortschatz,</li><li>- Prüfung des Sprachverständnisses,</li><li>- Prüfung der Fein- und Grobmotorik,</li></ul>	
<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 03335,</li></ul> <p>einmal im Behandlungsfall</p>	

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>03352 Zuschlag</b> zu den Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der Gebührenordnungspositionen 03350 und/oder 03351 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung	<b>7,67 €</b> <b>72 Punkte</b>
<b>03355 Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer, je vollendete 10 Minuten</li></ul>	<b>7,67 €</b> <b>72 Punkte</b>

## Geriatric

**Die Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:**

- ✦ **Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)**
- und
- ✦ **Geriatritypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nach-**
- ✦ **folgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen**
- einer Pflegestufe**
- ✦ **Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung**
- und Altersschwindel,**
- ✦ **Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltens-**
- bezogener Art,**

**Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),**

- **Dysphagie,**
- **Inkontinenz(en),**
- **Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom**

**oder**

- **Vorliegen 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 auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.**

**GOP 03360 - hausärztlich-geriatrisches Basisassessment  
13,00 €(1x im BH-Fall/höchstens 2 x im KH-Fall –  
4 aufeinanderfolgende Quartale)**

**GOP 03362 - hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex  
16,94 €(1 x im BH-Fall)**

- ohne Qualifikationsvorbehalt abrechnungsfähig
- **bei Abrechnung der GOP 03362 neben der Versichertenpauschale im BHF ein weiterer persönlicher APK erforderlich**
- nicht neben palliativmedizinischer Versorgung
- der Betreuungskomplex (GOP 03362) setzt die Ergebnisse des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments (GOP 03360) voraus, der nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf

## 03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

13,00 €  
122 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

einmal im Behandlungsfall

## 03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

16,94 €  
159 Punkte

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z. B.
  - Stuhl- und/oder Harninkontinenz
  - Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit)
  - Frailty-Syndrom
  - Immobilität und verzögerte Remobilität
  - Hemiplegiesyndrom
  - Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz
  - Metabolische Instabilität,
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und der Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans,

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verordnung und/oder Einleitung von physio- und/oder ergotherapeutischen und/oder logopädischen Maßnahmen,
- Koordination der pflegerischen Versorgung,  
einmal im Behandlungsfall

## **Palliativmedizinische Versorgung**

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung wird ein neuer Abschnitt 3.2.5 in den EBM aufgenommen. Zur Eingangsdiagnostik und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten stehen die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 bereit.

- **Die GOPs sind für die Behandlung von schmerzkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren Erkrankung leiden bei der nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.**
- **Prüfung durch Arzt, ob ambulante Versorgung in der Häuslichkeit möglich ist.**
- **ohne Qualifikationsvorbehalt abrechnungsfähig**

**03370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan** **36,33 €**  
**341 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
  - Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
  - Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,
- einmal im Krankheitsfall

**03371 Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis** **16,94 €**  
**159 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, einmal im Behandlungsfall

# GKV – Abrechnung Hausärzte

**03372 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 13,21 €  
124 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

**03373 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 13,21 €  
124 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

Weitere Berechnungsfähige Leistungen:

- 30.1. Allergologie
- 30.2. Chirotherapie
- 30.3. Neurophysiologische Übungsbehandlung
- 30.5. Phlebologie
- 30.6. Proktologie
- 30.7. Schmerztherapie
- 30.8. Soziotherapie
- 30.9. Schlafstörungsdiagnostik
- 30.10. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.
- 30.12. Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA.
- 30.13. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

# GKV – Abrechnung Hausärzte

4.4	Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin. . . . .	157
4.4.1	Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie. . . . .	157
4.4.2	Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen. . . . .	162
4.4.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie. . . . .	166
4.5	Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung. . .	167
4.5.1	Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen. . . . .	167
4.5.2	Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen. . . . .	174
4.5.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie. . . . .	177
4.5.4	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse	179
4.5.5	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie. . . . .	183

**31010 Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

**31,64 €  
297 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

einmal im Behandlungsfall

**31011 Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr** **31,64 €**  
**297 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

einmal im Behandlungsfall

**31012 Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres** **39,95 €**  
**375 Punkte**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),  
einmal im Behandlungsfall

**31013 Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 60. Lebensjahres**

43,90 €  
412 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32125 und/oder 32110 bis 32116),
- Dokumentation und Befundmitteilung an den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Laboruntersuchungen (Nr. 32101),
- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Weiterführende Labordiagnostik (Abschnitt 32.2),
- Spirographische Untersuchung mit Darstellung der Flußvolumenkurve, einschl. in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

# GKV – Abrechnung Hausärzte

8. In einem **Zeitraum von drei Tagen**, beginnend mit dem Operationstag, **können** vom Operateur neben der ambulanten Operation **nur die Gebührenordnungspositionen** 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01439, 01450, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01626, 01640 bis 01642, 01700, 01701, 01702, 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01733, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02325 bis 02328, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13421, 13423, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701, die Versicherten- und Grundpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 **berechnet werden.**

## 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur **oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition** für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.
2. In dem Zeitraum **vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig** eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.

## Abschnitt 32 : Labor

## Wirtschaftlichkeitsbonus: GOP 32001

**32001 Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für**

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

# GKV – Abrechnung Hausärzte

<b>Untersuchungsindikation</b>	<b>Kenn- nummer</b>	<b>Ausgenommene GOPen</b>
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32880; 32881; 32882
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827

## Abschnitt 33 : Sonographie

# GKV – Abrechnung Hausärzte

---

33042	Sonographische Untersuchung des <b>Abdomens</b> oder dessen <b>Organe</b> und/oder des <b>Retroperitoneums</b> oder dessen <b>Organe</b> einschl. der <b>Nieren</b> mittels <b>B-Mode-Verfahren</b> , je Sitzung	16,73 € 157 Punkte
-------	---	-----------------------

## Abschnitt 35 : Psychotherapie

# GKV – Abrechnung Hausärzte

**35100 Differentialdiagnostische Krankheitszustände**      **Klärung**      **psychosomatischer**      **16,19 €**  
**152 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)

**35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen**      **16,19 €**  
**152 Punkte**

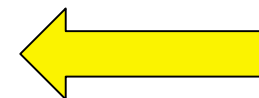
*Obligater Leistungsinhalt*

- 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 bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.*



**Abschnitt 37 : Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Palliativmedizin**



Praxisberatung für Ärzte

**Stephan Turk**

Brauhausstr. 10  
99438 Tonndorf

Tel. 03 64 50/4 38 68

Fax. 03 64 50/4 38 69

mail: [stephan.turk@t-online.de](mailto:stephan.turk@t-online.de)

**Es bleibt schwierig!  
Aber Sie schaffen es!**

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**