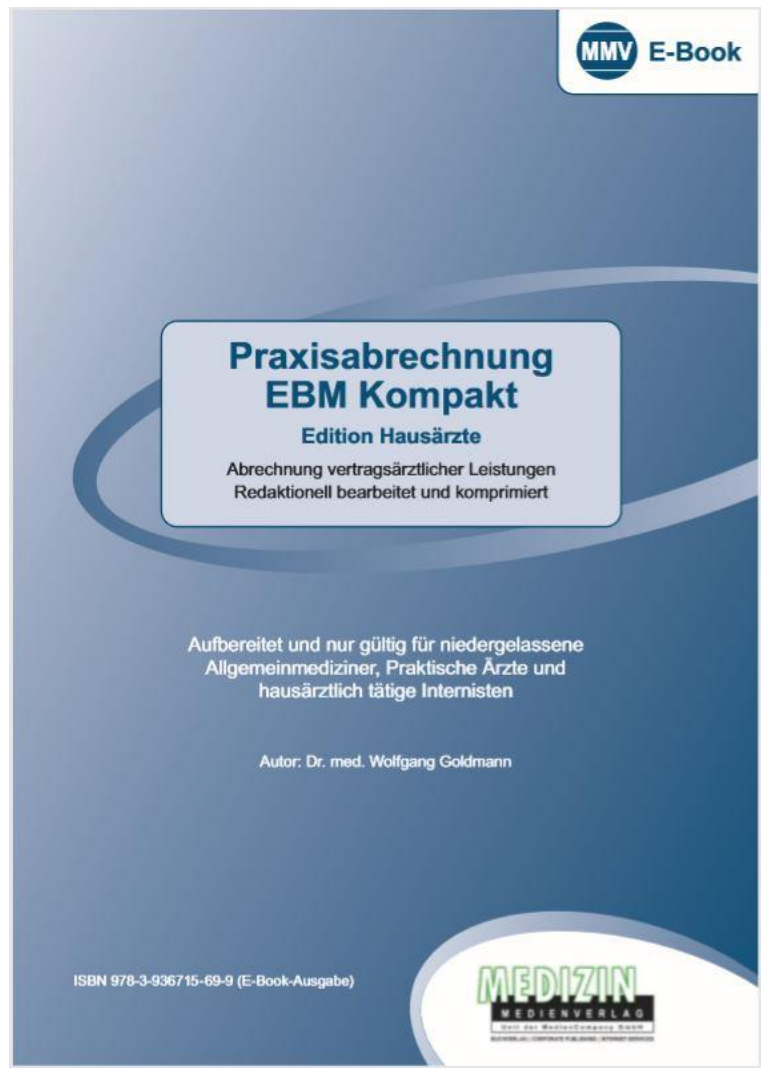


MedienCompany GmbH Medizin-Medienverlag

Blick ins Buch



Dr. Wolfgang Goldmann, Praxisabrechnung EBM Kompakt | Edition Hausärzte

160 Seiten, DIN A 4

© MedienCompany GmbH | ISBN 978-3-936715-69-9

Nach Jahren der Print-Ausgaben von **Praxisabrechnung EBM Kompakt** erscheint nun die zweite Ausgabe als E-Book. Das E-Book bietet viele Möglichkeiten, die das Printmedium nicht bieten kann. Die wichtigste davon ist die Portabilität.

Diese Ausgabe stellt eine komprimierte Zusammenstellung des EBM für Hausärzte dar, damit die notwendigen Abrechnungsziffern schnell und möglichst mühelos aufgefunden werden können. Zusätzliche Informationen können bei der KBV nachgelesen werden. (Suche: Hausarzt-EBM).

In dieser Ausgabe ist besonderer Wert auf eine differenzierte Markierung von Leistungsausschlüssen gelegt worden. Das Problem des Regelwerks im EBM besteht nicht darin, dass der Arzt im Quartal oder beim einzelnen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) nicht alle notwendigen Leistungen erbringen kann, sondern dass er gerade wegen des Regelwerkes nicht alle notwendigen Leistungen abrechnen kann. Im Fließtext des EBM sind diese Ausschlüsse nur schwer zu erkennen. Daher werden die Leistungsausschlüsse in dieser Ausgabe mit verschiedenen Farbabstufungen markiert, damit der Arzt sofort erkennen kann, welche Art von Leistungsausschluss bei jeder einzelnen Leistung vorliegt. Im EBM gibt es spezielle Formulierungen, die den Leistungsausschluss definieren:

1. im Behandlungsfall nicht neben

Dieser Leistungsausschluss ist der am weitesten gehende Leistungsausschluss, da er sich über den Zeitraum eines ganzen Quartals erstreckt. Der Behandlungsfall entspricht einem Quartal. Zwei oder mehrere Leistungen, die durch diesen Leistungsausschluss gekennzeichnet sind, können während eines ganzen Quartals nicht gleichzeitig abgerechnet werden.

Beispiel: Von den Ziffern 30110 und 30111 kann im selben Quartal wahlweise nur eine davon abgerechnet werden.

Wenn mehrere Ziffern zusammengefasst werden, lautet die Formulierung:

im Behandlungsfall nicht neben.

Diese Formulierung des Leistungsausschlusses kommt bei folgenden EBM-Ziffern vor: 01723, 05212, 06212, 042012, 07212, 08212, 092012, 10212, 11212, 13212, 13292, 13342, 13392, 13492, 13542, 13592, 13642, 13692, 14210, 15212, 16212, 18212, 20212, 21212, 21215, 22212, 23212, 24212, 26212, 27212 und 32381

2. am Behandlungstag nicht neben

Dieser Leistungsausschluss bezieht sich auf den Fall, dass zwei oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte am selben Tag mit Angabe der Uhrzeit abgerechnet werden. Der Leistungsausschluss bezieht sich nur auf den jeweiligen Tag, gilt aber nicht für andere Tage innerhalb desselben Quartals.

3. *nicht neben*

Dieser Leistungsausschluss ist der am weitaus häufigste und kommt bei den meisten Leistungen vor. Er bedeutet, dass zwei oder mehrere Leistungen nicht bei ein und demselben Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden können. Die Erbringung von zwei oder mehreren Leistungen bleibt davon unberührt.

Durch die farblichen Kennzeichnungen kann der Arzt auch schnell erkennen, wo die Ausschlussziffern in einem sonst unübersichtlichen Textblock zu finden sind.

Der Facharzt, auch der Facharzt für Allgemeinmedizin, darf nur die Ziffern abrechnen, die in seiner jeweiligen Facharztgebührenordnung enthalten sind. Rechnet der Facharzt andere Ziffern ab, werden diese ersatzlos gestrichen. Das Nachreichen oder Ersetzen von Ziffern ist nicht möglich.

Ich wünsche ein erfolgreiches Arbeiten mit der neuen E-Book-Ausgabe

Praxisabrechnung EBM Kompakt für Hausärzte

Dr. med. Wolfgang Goldmann

Expertensysteme für ärztliche Abrechnung

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
I			Allgemeine Bestimmungen		8
		1	Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung, Struktur		8
		2	Erbringung der Leistungen		10
		3	Definition der Abrechnungsbestimmungen		13
		4	Berechnung der Gebührenordnungspositionen		16
		5	Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte		22
		6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben		23
		7	Kosten		24
II			Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen		25
		1	Allgemeine Gebührenordnungspositionen		25
		1.1	Aufwanderstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100-01102	25
		1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01205-01226	26
		1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320-01323	33
		1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01410-01461	34
		1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600-01642	40
		1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	01702-01710	45
		1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	01711-01722	45
		1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen	01731-01816	48
		1.7.5	Empfängnisregelung	01820-01915	54
		1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diarmorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01949-01960	56
		2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		59
		2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300-02313	59
		2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500-02520	64

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
III	3		Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen		65
			Hausärztlicher Versorgungsbereich		65
		3.2.1.1	Hausärztliche Versichertenpauschalen	03000-03030	65
		3.2.1.2	Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	03040-03065	67
		3.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	03220-03230	71
		3.2.3	Besondere Leistungen	03241-03355	74
		3.2.4	Hausärztliche geriatrische Versorgung	03360-03362	77
		3.2.5	Palliativmedizinische Versorgung	03370-03373	79
IV	30		Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen		80
			Spezielle Versorgungsbereiche		80
		30.1.1	Allergologische Anamnese	30100	80
		30.1.2	Allergie-Testungen	30110-30111	81
			Provokationstestungen	30120-30123	81
		30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130-30131	82
		30.2	Chirotherapie und Hyperbare Sauerstofftherapie		83
		30.2.1	Chirotherapie	30200-30201	83
		30.2.2	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	30210-30218	84
		30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300-30301	88
		30.4	Physikalische Therapie	30400-30430	89
		30.5	Phlebologie	30500-30501	92
		30.6	Proktologie	30600-30611	93
		30.7	Schmerztherapie		94
		30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700-30708	96
30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710-30760	98		
30.7.3	Körperakupunktur	30790-30791	102		
30.8	Soziotherapie	30800	103		
30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30900	104		
30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten	30920-30924	105		
30.12	Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA	30940-30956	106		
30.13	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	30980-30988	110		

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
	31		Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen		113
		31.1	Präoperative Untersuchungskomplexe	31010-31013	113
		31.4	Postoperativer Behandlungskomplex	31600	115
	32		In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin		116
		32.1	Grundleistungen		118
			Untersuchungsindikation, Kennnummer, ausgenommene GÖPen	32004-32024	120
		32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen		122
		32.2.1	Basisuntersuchungen	32025-32042	122
		32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045-32052	123
		32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32056-32107	124
		32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110-32112	126
		32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120-32125	126
		32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128-32150	127
		32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151-32152	128
		32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen	32880-32882	129
	33		Ultraschalldiagnostik	33010-33092	129
	35		Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien		136
		35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100-35152	136
		35.2	Antragspflichtige Leistungen	35401-35425	143
		35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35600-35602	144
	36		Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	36861-36867	145
	37		Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	37100-37400	146
	38		Delegationsfähige Leistungen	38100-38205	151
	40		Kostenpauschalen	40100-40351	154
			Sachwortverzeichnis		156

der Gebiete, in denen er seine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dies gilt gemäß 2.1.3 nicht für inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.

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.

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.

Kosten

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, ausgenommen jene, die bei Versendungen von Arztbriefen (z. B. Befundmitteilungen, ärztliche Berichte nach der Gebührenordnungsposition 01600, Arztbriefe nach der Gebührenordnungsposition 01601, Kopien eines Berichtes oder eines Briefes an den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 01602) und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen.

Nicht berechnungsfähige Kosten

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-Wert
	<p>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.</p> <p>Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten</p> <p>In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten</p> <p>Die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach 7.3 erfolgt nach Maßgabe der Gesamtverträge.</p> <p>Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen</p> <p>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.</p> <p>Allgemeine Gebührenordnungspositionen</p> <p>Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten</p>	
01100	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten EBM-Punkte 196</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.</i></p> <p><i>Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.</i></p>	21,53 €

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-Wert
01101	<p>Die Gebührenordnungsposition 01100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.</p> <p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.</p> <p>Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 01101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.</p>	<p>EBM-Punkte 313</p> <p>34,39 €</p>
01102	<p>Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr</p> <p>Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.</p> <p>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.</p> <p>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, 03373, 04373, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622 und 37306 berechnungsfähig.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 01102 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.</p> <p>Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend der in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behand- 	<p>EBM-Punkte 101</p> <p>11,10 €</p>

lungsfall 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

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-Wert
	<p>01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.</p> <p>9. Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder - 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	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.) <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p><i>Fakultativer Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung - Erhebung Lokalbefund <p>einmal im Behandlungsfall</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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 außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 16223, 21220, 21221, 21235, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933 und 37306 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01205 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01460, 01461, 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01205 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01207, 01210 und 01212 berechnungsfähig.</i></p>	4,94 €
01207	<p>Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Kranken-</p>	8,79 €

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-Wert
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 €
01434	<p>Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01435 oder der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000 oder der Grundpauschale nach der Gebührenordnungsposition 30700 für die telefonische Beratung durch einen Arzt</p> <p><i>Obligater Leistungsinhalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräch mit dem Patienten und/oder der Bezugsperson im Zusammenhang mit einer Erkrankung - Dauer mindestens 5 Minuten <p>je vollendete 5 Minuten</p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist nur berechnungsfähig, wenn in einem der sechs Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist von Ärzten gemäß der Nr. 1 der Präambeln 3.1, 4.1 und 30.7 höchstens 6-mal, der Präambeln 8.1, 9.1, 10.1, 13.1, 18.1, 20.1 und 26.1 höchstens 5-mal und der Präambeln 5.1, 6.1, 7.1, 11.1, 12.1, 15.1, 17.1, 19.1, 24.1, 25.1 und 27.1 höchstens 2-mal im Arztfall berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist für das Punktzahlvolumen gemäß Präambel 3.1 Nr. 9 und Präambel 4.1 Nr. 10 zu berücksichtigen.</i></p> <p><i>Kommt in demselben Arztfall eine Grundpauschale der Kapitel 5 bis 11, 13, 15, 18, 20, 26 oder 27 oder eine Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01434 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist für Gespräche im Zusammenhang mit Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.5 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebührenordnungsposition 01434 ist – mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01435 und 40122 – nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.</i></p>	

Sachwortverzeichnis EBM

Ärztliches Gespräch, problemorientiert 73	Basisassessment 77	Decubitalulcus 62
Akupunktur 102	Belastungs-EKG 74	Diabetischer Fuß 84
Allergietestungen 156	Beratung 34	Differentialdiagnostische Klärung 136
Allergologie 80	Besuch 34	Dringender Besuch 35
Ambulantes Operieren 113	Besuchsbereitschaft 150	
Analgesie 100	Biographische Anamnese 140	Einzelinhalationstherapie 64
Atemgymnastik 91	Brustdrüse 131	Elektrostimulation 65
Audiometrische Untersuchung 75	Chirotherapeutischer Eingriff . . 83	Elektrokardiographische Untersuchung 74
	Chronische Erkrankung(en) . . . 71	
	CW-Doppler 133	

Sachwortverzeichnis EBM

Empfängnisregelung	54	Labor	116, 122	Sonographie	130
Erreichbarkeit in kritischen Phasen	150	Langzeit-Blutdruckmessung . . .	75	Spirographische Untersuchung	75
Fontanelle	133	Langzeit-EKG	74	Strukturpauschale	145
Früherkennung	45	Massagetherapie	90	Telefonische Kontakt- aufnahme	34
Gelenke	132	Medikationsplan	42	Testbriefchen	49, 156
Geriatrische Versorgung	77	Mittelfrequente Ströme	64	Testverfahren	144
Gesichtsweichteile	130	MRSA	106	Transkavitäre Untersuchung . .	135
Gesundheitsuntersuchung, Erwachsene	49	NÄPA	70, 152	Ulcer a cruris	63
Grundpauschalen	33	Nasennebenhöhlen	130	Ultraschalldiagnostik	129
Hämorrhoiden	94	Neugeborenen-Erstunter- suchung	47	Unterwasserdruckstrahl- massage	91
Hausärztliche Versorgung . . 68, 77		Not(fall)dienst, organisierter . .	26	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	25
Hausbesuche NÄPA	152	Opiatabhängige, Behandlung von	56	Venöse Insuffizienz	63
Hyperbare Sauerstofftherapie . .	83	Opioid-Applikation	100	Verödung von Varizen	93
Hyposensibilisierungs- behandlung	82	Opioid-Applikation	100	Versichertenpauschale	65
iFOBT-Test	49	Optische Führungshilfe	135	Verwaltungskomplex	34
Inanspruchnahme, besondere .	25	Palliativmedizinische Versorgung	79, 147	Verweilen	34
Infusion	98	Palliativmedizinischer Patientenstatus	147	Verweildauer bis 13 Tage	145
Intensive Behandlung/ Betreuung	72, 73	Physikalische Therapie	89	Verweildauer mehr als 13 Tage	146
Kleinchirurgischer Eingriff	59	Polypenentfernung(en)	93	Videofallkonferenz	38
Kinderfrüherkennungsunter- suchung	48	Provokationstest	81	Videosprechstunde	38
Kompressionstherapie . . . 63, 91		Psychometrische Testver- fahren	144	Visite	36
Konsiliarische Erörterung	149	Reanimationskomplex	31	Wärmetherapie	64
Konsiliarpauschale	13	Rektoskopischer Unter- suchungskomplex	75	Weibliche Genitalorgane	132
Konsultationspauschale . . . 34, 37		rtCGM	77	Wundversorgung	59
Kosten	24	Säuglingshöften	48, 132	Zeugnis	42
Kostenpauschalen	154	Schilddrüse	130	Zuschläge NÄPA	153
Krankengymnastik	92	Schlafstörungsdiagnostik	104	Zuschläge TSS- Vermittlung	34, 66, 98
Krebsfrüherkennungs- programme	52	Schmerztherapie	96		