31 Ambulantes Operieren

(Wegen des Umfangs und der besonderen Bedeutung ist dieser Teil in einem gesonderten Kapitel aufgeführt und kommentiert)

31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

31.6.1 Präambel

1. Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Versicherten- und/oder Grundpauschalen, die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 01610, 01612, 01620 bis 01623, 01711, 01783, 01850, 01950 bis 01952, 33050 und 33051 und die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34 und 35 berechnet werden.

Kommentar

Es handelt sich um Einzelleistungen, die grundsätzlich bis auf die beiden Ziffern 31930 und 31932 beliebig mit sämtlichen anderen Abrechnungsziffern kombiniert werden dürfen. Es gibt keine Ausschlüsse und ebenfalls keine Mengenbegrenzungen.

Lediglich im Zusammenhang mit ambulanten und belegärztlichen Operationen gilt die in den dortigen Präambeln aufgeführte Drei-Tages-Sperre.

Bei den beiden Ziffern 31930 (oro-faziale Stützvorrichtung) und 31932 (Stellungskorrektur Klumpfuß) ist die obige Präambel zu beachten. In diesen beiden Fällen kann im gesamten Quartal überhaupt keine zusätzliche Leistung berechnet werden mit Ausnahme der im Einzelnen aufgeführten Ziffern. Es handelt sich dabei um wenig bedeutende allgemeine Leistungen, ansonsten sind nur die Grundpauschale, Röntgen, Psychotherapie (!) und Ambulantes Operieren mit Begleitkomplexen berechnungsfähig. Das bedeutet, dass diese Leistungen nur angesetzt werden sollten, wenn sonst keine weiteren Zusatzpauschalen anfallen.

31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

Kommentar

Es handelt sich bei diesem Kapitel um „vergessene“ Leistungen, die bei der Erarbeitung des EBM übersehen worden sind und eigentlich unter einem Kapitel im Bereich fachübergreifende Sonderleistungen abgebildet gehören. Das hat den Vorteil, dass dieser Bereich der orthopädisch-chirurgischen konservativen GOP im Kapitel 31 EBM extrabudgetär und in voller Höhe vergütet werden, da die entsprechende Gesetzesregelung auf das gesamte Kapitel und nicht nur auf die Operationen abhebt. Dementsprechend gibt es auch keine Mengenbegrenzungen, allerdings relativiert sich der Vorteil durch die einzelnen auf die jeweilige Leistung bezogenen Ausschlüsse.

31900 Praktische Schulung

5,61 €
160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterweisung der Betreuungsperson

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

In der Legende ist klar definiert, dass eine Schulung nur im Gebrauch von Prothesen und größeren Orthesen abgerechnet werden kann. Rollstühle und Wannenlifte fallen sicher auch unter die Kategorie „großes Hilfsmittel“. In der Regel erfolgt hier die Schulung durch den Orthopädiemechaniker, dennoch wäre eine solche Leistung abrechnungsfähig. Die Anlage einer Sprunggelenksorthese oder die Herausgabe von Unterarmgehstützen sind mit der Legende nur sehr grenzwertig abgebildet und können eher nicht abgerechnet werden.

31910 Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand oder Fußwurzel

5,61 €
160 Pkt

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Die jeweilige Region ist in der Legende eindeutig beschrieben (Finger und Zehen). Eine Anästhesie ist durch den Operateur nicht abrechnungsfähig, da eine Lokalanästhesie als Ziffer nicht existiert und eine Regionalanästhesie nach der GOP 31800 nur im Zusammenhang mit Operationen aus dem Kapitel 31.2 abgerechnet werden kann.

Es gibt keinerlei Ausschlüsse oder sonstige mengenbegrenzende Regeln.

Eine Stellungskorrektur bei Wechsel der Immoibilisation ist ebenfalls als Reposition zu werten.

31912 Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen oder Kniegelenkes oder distal davon mit Ausnahme der Leistungsinhalte der Gebührenordnungsposition 31910

11,04 €
315 Pkt

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Siehe Kommentar zu GOP 31910. Die jeweilige Region ist in der Legende eindeutig beschrieben.

31914 Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proximal von Knie oder Ellenbogengelenk

27,51 €
785 Pkt

Berichtspflicht	Nein

Kommentar

Siehe Kommentar zu GOP 31910. Die jeweilige Region ist in der Legende eindeutig beschrieben.

31920 Kontraktionsmobilisierung

16,47 €
470 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

Mobilisierung eines kontrakten
- Kiefergelenks

und/oder
- Schultergelenks

und/oder
- Ellenbogengelenks

und/oder
- Hüftgelenks

und/oder
- Kniegelenks

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn die Kontraktionsmobilisierung in Narkose oder Regionalanästhesie als selbstständige Leistung vorgenommen wurde.

Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 31920 geforderte Leistungsinhalt (Regionalanästhesie) wird nicht erfüllt durch Infiltrations-, Leitungs- oder Oberflächenanästhesien.

Wird im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31920 die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

Berichtspflicht	Nein

Kommentar

Bei dieser Leistung wird die Legende der GOP 31800 erweitert, indem ausdrücklich die Abrechnung dieser Ziffer erlaubt wird. Es kann also die ansonsten obligate Regionalanästhesie auch durch den Operateur erbracht werden.

Die Gelenke, bei denen diese Leistung abgerechnet werden kann, sind einzeln aufgeführt, andere Gelenke (Handgelenk, Sprunggelenk etc.) können nicht mit dieser Position berechnet werden, da der EBM anders als die GOÄ grundsätzlich keine Analog-Ziffern kennt. Wegen der Drei-Tages-Sperre kann die Leistung sowieso nicht neben operativen Eingriffen aus dem Kapitel 31.2 berechnet werden, insofern ist der Hinweis „als selbständige Leistung“ redundant.

31930 Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung

27,51 €
785 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe
und/oder
orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer
und/oder
- Wiederanbringung einer gelösten Apparatur am Ober- oder Unterkiefer
und/oder
- Änderungen und/oder teilweise Erneuerung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe
und/oder
orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer,
und/oder
- Entfernung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe
und/oder
orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen oder Apparaturen,
- Modellierende Stellungskorrektur,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

Abrechnungsbestimmung

In der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 31930 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Siehe Eingangskommentar zu diesem Kapitel. Es handelt sich um eine echte Zusatzpauschale, die nahezu alle anderen Leistungen im gesamten Quartal (!) ausschließt. Andererseits fällt der Leistungsinhalt kaum in das Spektrum von Chirurgen und Orthopäden.

31932 Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung

27,51 €
785 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- und/oder Fußfehlbildung
und/oder
- Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenkes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen und/oder Apparaturen,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

Abrechnungsbestimmung

In der Gebührenordnungsposition 31932 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Siehe Eingangskommentar zu diesem Kapitel. Es handelt sich um eine echte Zusatzpauschale, die nahezu alle anderen Leistungen im gesamten Quartal (!) ausschließt. Letztlich erfüllen die genannten Krankheitsbilder auch die Kriterien für den Ansatz der Zusatzpauschalen für den Bewegungsapparat, abgesehen von der geforderten Kontaktfrequenz. Die Behandlungspauschale nach GOP 31932 kommt demnach dann infrage, wenn nur wenige Kontakte ohne sonstige berechnungsfähige Leistungen im Quartal anfallen. Natürlich nur bei den genannten Indikationen.

Abdrücke und Modelle

Zusammenfassender Kommentar

Die nachfolgenden Ziffern sind nur durch die jeweilige Lokalisation unterschieden. Die für Abdrücke vorgesehenen Materialien sind nicht vorgeschrieben, es muss nicht zwingend ein Gipsabdruck sein. Es gibt keinerlei Mengenbegrenzungen oder Ausschlüsse gegen andere Leistungen. Die Abdrücke können (abgesehen von der Drei-Tages-Sperre bei Operationen) beliebig oft neben jeder anderen Leistung abgerechnet werden. Die Legende beschreibt jeweils einen Abdruck an einem Körperteil, bei zwei Abdrücken (Einlagen) kann die GOP entsprechend zweimal angesetzt werden.

31941 Abdrücke und Modelle I — 5,61 € / 160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv - nicht für Kopieabdrücke -

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

31942 Abdrücke und Modelle II — 9,11 € / 260 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe
- für einen Unterarm mit Hand

und/oder

- für einen Unterschenkel mit Fuß

und/oder

- für einen Ober- oder Unterarm

und/oder

- für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

31943 Abdrücke und Modelle III

11,04 €
315 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder das ganze Bein

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter,
- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

31944 Abdrücke und Modelle IV

17,17 €
490 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

31945 Abdrücke und Modelle V

27,51 €
785 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

31946 Abdrücke und Modelle VI

29,27 €
835 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für
- Rumpf und Kopf

oder

- Rumpf und Arm

oder

- Rumpf, Kopf und Arm

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

Berichtspflicht	**Nein**

32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

Die wenigsten Chirurgen und Orthopäden erbringen im eigenen Labor Untersuchungsleistungen. Diejenigen, die Laborleistungen abrechnen, sind zumeist Mitglieder einer Laborgemeinschaft und bekommen von dort die anzusetzenden Abrechnungsziffern vorgegeben.

Es werden deshalb hier nur die allgemeinen Grundzüge des Laborkapitels kommentiert und die so genannten Markierungsziffern aufgeführt, die diagnosespezifisch ggf. bei abgerechneten Laborziffern eingetragen werden müssen, um die Boni zu erhalten, die grundsätzlich pro Schein automatisch von der KV vergeben werden.

Im Übrigen handelt es sich bei den eigentlichen Abrechnungsziffern des Laborkapitels um einen Kostenersatz und nicht um zu vergütende Punkte. Jeder Arzt bekommt je nach Fachgruppe pro Schein von der KV Laborpunkte, ob nun entsprechende Leistungen erbracht werden oder nicht. Die dazu abzurechnende Ziffer 32001 wird von der KV automatisch eingetragen.

Wichtig ist eine Passage aus der Präambel:

14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.

Da kaum jemand die abzurechnenden Ziffern kennt, die auf einem Überweisungsschein zur Erbringung von Laborleistungen eingetragen werden müssen, muss zumindest der Inhalt der geforderten Laborleistung angegeben werden. Es genügt nicht „Leberwerte“ o.ä., da dann der Laborarzt in ungeahntem Ausmaß hochkomplexe Leistungen abrechnen kann, deren Volumen letztlich zu Lasten der Gesamtvergütung geht. Im Einzelfall sollte Rücksprache gehalten werden, welche Laboruntersuchungen bei welcher Indikation angebracht sind.

32.1 Grundleistungen

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

- Chirurgen	**10 Pkt**
- Orthopäden	**5 Pkt**

Abrechnungsbestimmung

je kurativ-ambulanten Arztfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

Ausgenommen von der - für die Nr. 32001 relevanten - Zählung der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle sind Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Kommentar

Die Bestimmungen muss man nicht kennen, ebenso wenig wie die hier nicht im Einzelnen aufgeführten Ausschlussbestimmungen. Die Ziffer 32001 wird automatisch von der KV eingesetzt entsprechend den oben festgelegten Regeln.

32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen.

2. Für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 wird je Vertragsarzt und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle des Vertragsarztes ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel 11, 19 und 32, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.

3. Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulanten Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von dem Vertragsarzt durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen.

4. Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

5. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl des Vertragsarztes, werden die überschreitenden Punkte von dem diesem Vertragsarzt zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der Nr. 32001 ergibt, abgezogen.

6. Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Arztfälle mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsfällen und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Nr. 3 bleiben die Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.2 unberücksichtigt, die in diesen Arztfällen erbracht werden. Die entsprechenden Abrechnungsscheine sind vom abrechnenden Arzt und im Falle einer Überweisung auch von dem veranlassenden Arzt mit den angegebenen Kennnummern zu versehen.

Kommentar

Diese äußerst komplizierte Rechnung muss niemand im Detail kennen. Die entscheidenden Punkte sind:

Jeder Arzt bekommt pro Schein ein Punktekontingent gutgeschrieben. Das geschieht automatisch durch die KV.

Von diesem Kontingent werden abgezogen sowohl die selbst erbrachten Laborleistungen wie auch die per Überweisung in Auftrag gegebenen Leistungen durch Dritte! Wird das zugebilligte Punktvolumen überschritten, gibt es einen Abzug aus dem Wirtschaftlichkeitsbonus, der sich aus der Summe der Ziffern 32001 ergibt.

Bei bestimmten Diagnosen wird dieser Abzug nicht durchgeführt. Diese Diagnosen besitzen eine EBM-Kennziffer, die unbedingt und zwar selber eingetragen werden muss, wenn der Punktabzug vermieden werden soll. Es geht hier also nicht darum, Punkte zu gewinnen, sondern den Verlust von Punkten zu vermeiden.

Diagnosespezifische Markierungsziffern

32005 **Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga**

32006 **Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers**

32007 **Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen**

32008 **Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie**

32009 **Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr**

32010 **Genetisch bedingte Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen, sofern molekulargenetische oder molekularpathologische Untersuchungen nach den Nrn. 11310 bis 11312, 11320 bis 11322 durchgeführt werden**

32011 **Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie**

32012 **Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung**

32013 **Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 08530 bis 08561 sind**

32014 **Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**

32015 **Orale Antikoagulantientherapie**

32016 **Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie**

32017 **Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose**

32018 **Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min**

32019 **Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie**

32020 **HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen**

32021 **Therapiebedürftige HIV-Infektionen**

32022 **Manifester Diabetes mellitus**

32023 **Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie**

7. Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts 32.2:

	Allgemeinversicherte	Rentner
Chirurgen/Orthopäden	5 Pkt	10 Pkt

8. Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Beispiel:

Ein Arzt rechnet 1000 Scheine ab, davon 300 Rentner. Er erhält als Chirurg oder Orthopäde 700 x 5 Punkte plus 300 x 10 Punkte „Guthaben“. Diese insgesamt 650 Punkte werden gegengerechnet mit den selbst erbrachten oder veranlassten Laborleistungen. Die Eurobeträge der Laborleistungen werden dazu mit dem Faktor 26,6 in Punkte umgerechnet. Umgekehrt kann jeder sein Volumen auch selbst berechnen, indem die zur Verfügung stehenden 650 Punkte in diesem Beispiel durch 26,6 geteilt werden. Im Ergebnis könnten ohne Abzug vom Wirtschaftlichkeitsbonus in diesem Beispielfall Laborleistungen im Wert von 24,44 Euro erbracht werden. Das ist relativ schnell erreicht. Überschreitungen führen dann zum Abzug, allerdings höchsten bis zur Gesamthöhe des Wirtschaftlichkeitsbonus.

33 Ultraschalldiagnostik

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

2. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, ggf. als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist - mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und der leeren Harnblase bei Restharnbestimmung - obligater Bestandteil der Leistungen.

3. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen.

4. Optische Führungshilfen mittels Ultraschall sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen 33091 und 33092 zu berechnen.

5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungsposition.

Kommentar

Sonographische Leistungen sind grundsätzlich genehmigungspflichtig mit Erfüllung der entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen der KV. Das setzt voraus eine auf den Patienten nachvollziehbare Bilddokumentation.

Die Legenden differenzieren jeweils nach angewandter Technik und Organ und sind insoweit selbsterklärend. Für Organe, die in den jeweiligen Legenden nicht erwähnt sind, gibt es eine allgemeine „Auffangziffer“ 33081 für die B-Mode-Sonographie. Diese Ziffer ist naturgemäß gesperrt gegen alle anderen organspezifischen B-Mode-Sonographien.

Alle Sonographien sind am Behandlungstag gegen bestimmte postoperative Behandlungskomplexe gesperrt. Es handelt sich dabei um die Komplexe nach Operationen der Gruppen Gefäßchirurgie, endoskopische Urologie mit und ohne Bildwandler, offene und endoskopische Gynäkologie. Diese Sperre gilt nur für den einzigen Tag, an dem der postop. Komplex aufgeschrieben wird! Einige Sonographien sind zusätzlich auch während der Laufzeit der postoperativen Behandlung ausgeschlossen, da sie in diesen Komplexen kalkulatorisch enthalten sind.

Sonographien sind in der Drei-Tages-Frist nach einer ambulanten Operation nicht berechnungsfähig, das betrifft belegärztliche Eingriffe aber nicht.

Die grundsätzliche Sperre im Quartal gegen die urologische ESWL betrifft Chirurgen und Orthopäden nicht und wird im Folgenden weggelassen.

Sonographien können beliebig oft angesetzt werden, jedoch die einzelnen Leistungen pro Sitzung immer nur einmal.

Alle Sonographieleistungen sind berichtspflichtig.

33000 Ultraschalluntersuchung des Auges

10,69 €
305 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33001 Ultraschall-Biometrie des Auges

5,26 €
150 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33002 Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie

5,96 €
170 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33010 Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Mode- und/oder B-Mode-Verfahrens

5,96 €
170 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33011 Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)

8,59 €
245 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33081	

am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33012 **Sonographische Untersuchung der Schilddrüse mittels B-Mode-Verfahren** **8,41 €** **240 Pkt**

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33020 **Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren** **26,64 €** **760 Pkt**

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33021 **Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler** **27,86 €** **795 Pkt**

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33022 **Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung** **33,30 €** **950 Pkt**

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33023 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545, 13550 sowie 33020 bis 33022 bei transösophagealer Durchführung** **37,33 €** **1065 Pkt**

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33030 **Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung** **73,25 €** **2090 Pkt**

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33031 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung

82,71 €
2360 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

33040 Sonographische Untersuchung der Thoraxorgane mittels B-Mode-Verfahren

12,62 €
360 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33081	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33041 Sonographische Untersuchung einer oder beider Brustdrüsen mittels B-Mode-Verfahren, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten

16,30 €
465 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33042 Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren

15,60 €
445 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33043 und 33081	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Bei dieser Leistung ist eine Mengenbegrenzung vorgegeben (zweimal im Quartal)

33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organe mittels B-Mode-Verfahren

8,59 €
245 Pkt

Abrechnungsbestimmung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33042, 33044 und 33081	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31695 bis 31702	

Kommentar

Diese Sonographie ist Bestandteil der postoperativen Behandlung nach gynäkologischen Eingriffen und kann entsprechend während der Laufzeit von 21 Tagen nicht angesetzt werden.

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren

14,02 €
400 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33043, 33081 und 33090	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31695 bis 31702	

Kommentar

Diese Sonographie ist Bestandteil der postoperativen Behandlung nach gynäkologischen Eingriffen und kann entsprechend während der Laufzeit von 21 Tagen nicht angesetzt werden.

33050 Sonographische Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) mittels B-Mode-Verfahren

7,89 €
225 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Sonographische Untersuchungen der Säuglingshüften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01722, 33051 und 33081	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
im Behandlungsfall	01772	

Kommentar

Die Ziffer für Sonographien am Bewegungsapparat kann nicht genommen werden für die Sonographie der Säuglingshüfte. Diese ist abzurechnen entweder als präventive Leistung mit der GOP 01722 (nur für Orthopäden) oder als kurative Leistung mit der GOP 33051 (für alle).

33051 Sonographische Untersuchung der Säuglingshüften mittels B-Mode-Verfahren

11,39 €
325 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01722 und 33050	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Eine präventive Sonographie der Säuglingshüfte ist (nur) von Orthopäden mit der GOP 01722 abzurechnen.

33052 Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind

12,09 €
345 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung		
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33060 Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. Vertebrales mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen

28,39 €
810 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Wird zusätzlich (auch an anderen Tagen im Quartal) eine Duplex-Sonographie der gleichen Gefäße durchgeführt, so kann diese Ziffer für das CW-Doppler-Verfahren nicht mehr angesetzt werden.

33061 Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität

10,69 €
305 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
im Behandlungsfall	30500	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31630 bis 31637	

Kommentar

Dies ist die einzige Sonographieleistung, die Bestandteil des Phlebologie-Komplexes 30500 ist und daher nicht mit diesem im gesamten Behandlungsfall abgerechnet werden kann. Des Weiteren besteht eine Sperre während der Laufzeit der postoperativen Behandlungskomplexe nach gefäßchirurgischen Eingriffen.

Eine Duplex-Sonographie der gleichen Gefäßabschnitte ist parallel zusätzlich abrechnungsfähig, ebenso wie die Sonographie anderer Gefäßabschnitte.

33062 Sonographische Untersuchung der Gefäße des männlichen Genitalsystems mittels CW-Doppler-Verfahren, einschließlich Tumeszenzmessung

7,89 €
225 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33064	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Die höherwertige PW-Doppler-Sonographie (33064) löscht die Ziffer 33062.

33063 Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen

24,88 €
710 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung		
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33064 Sonographische Untersuchung der Gefäße des männlichen Genitalsystems mittels PW-Doppler-Verfahren, einschließlich Tumeszenzmessung

11,04 €
315 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33062	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33070 Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten

40,66 €
1160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten

Fakultativer Leistungsinhalt

- CW-Doppler-Sonographie (Nr. 33060)

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
im Behandlungsfall	33060	

33071 Sonographische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren

24,71 €
705 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33072 Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren

25,76 €
735 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31630 bis 31637	

Kommentar

Die Ziffer kann im Quartal höchsten zweimal angesetzt werden. Während der Laufzeit der postoperativen Behandlungskomplexe nach gefäßchirurgischen Eingriffen ist die Ziffer ebenfalls nicht zu berechnen. Neben dem phlebologischen Komplex 30500 und auch neben anderen Sonographieziffern ist dagegen keine Einschränkung gegeben.

33073 Sonographische Untersuchung der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahren

25,76 €
735 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33074 Sonographische Untersuchung der Gefäße des weiblichen Genitalsystems mittels Duplex-Verfahren

20,33 €
580 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33075 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33074 für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung

6,13 €
175 Pkt

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Der Zuschlag ist bezogen auf jede einzeln aufgeführte Ziffer und kann daher bei mehreren abgerechneten Ziffern aus diesem Bereich auch entsprechend oft angesetzt werden.

33076 Sonographische Untersuchung der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen

8,59 €
245 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31630 bis 31637	

Kommentar

Keine Sperre gegen andere sonographische Gefäßuntersuchungen und auch nicht gegen den Phlebologiekomplex 30500.

Während der Laufzeit der postoperativen Behandlungskomplexe nach gefäßchirurgischen Eingriffen ist die Ziffer nicht zu berechnen.

33080 Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren

7,36 €
210 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der subkutanen Lymphknoten

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung.

Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z. B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33081 Sonographische Untersuchung von Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 33000 bis 33002 , 33010 bis 33012 , 33020 bis 33023 , 33030 , 33031 , 33040 bis 33044 , 33050 bis 33052 , 33060 bis 33064 , 33070 bis 33076 und 33080 sind, mittels B-Mode-Verfahren

6,66 €
190 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33011, 33040, 33042 bis 33044 und 33050	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

Kommentar

Das ist eine Art „Auffangziffer“ für alle nicht in den vorstehenden Legenden genannten Organe.

33090 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 bei transkavitärer Untersuchung

5,61 €
160 Pkt

Abrechnungsbestimmung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	33044	
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31695 bis 31702	

Kommentar

Während der Laufzeit der postoperativen Behandlungskomplexe nach gynäkologischen Eingriffen kann die Ziffer nicht angesetzt werden, ebenfalls nicht zusammen mit der Sonographie weiblicher Genitalorgane.

33091 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für optische Führungshilfe

9,64 €
275 Pkt

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

33092 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33042, 33043 und 33044 für optische Führungshilfe

12,09 €
345 Pkt

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702	

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

34.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder zur Kernspintomographie-Vereinbarung oder zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition(en) zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Arzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages - auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte - bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.
4. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.
5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle z. B. der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel sind Bestandteil der entsprechenden Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels.
6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind, soweit erforderlich, die Kosten für Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchungen enthalten.

Kommentar

Alle radiologischen Leistungen setzen die Erfüllung der Strahlenschutzbedingungen und eine Genehmigung durch die KV voraus. Auch wenn in der täglichen Praxis die Bedingungen des Satz 3 der Präambel in der Regel nicht erfüllt werden, so ist dort klar geregelt, dass der überweisende Arzt sehr genau die Art der angeforderten Röntgenuntersuchung, ggf. mit Angabe der entsprechenden EBM-Ziffer anzugeben hat. An diesen Auftrag ist der Auftragnehmer gebunden. Eine eigenmächtige Ausweitung oder Abänderung ist nicht erlaubt. Der Auftragnehmer ist gehalten, die Indikation zu der jeweiligen Untersuchung zu überprüfen und den Auftrag ggf. zurückzuweisen.
Alle Röntgenleistungen aus dem Kapitel 34 sind ausnahmslos berichtspflichtig, wobei der Brief nicht gesondert berechnet werden kann, das Porto dagegen schon.
Im Folgenden werden nur die nach der Berufsordnung zulässig zu erbringenden radiologischen Leistungen aufgeführt, obwohl prinzipiell das gesamte Kapitel 34 für Chirurgen und Orthopäden abrechnungsfähig ist.

34.2 Diagnostische Radiologie

Allgemeiner Kommentar Skelettradiologie

Obligater Leistungsanteil sind, soweit nichts anderes beschrieben ist, jeweils Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen, drei, vier oder mehr Bilder derselben Region sind damit nicht abrechenbar. Mehrere Skelettabschnitte können dagegen durchaus additiv geröngt und abgerechnet werden. Das gilt nicht für Aufnahmen des Unterarms und Unterschenkels, falls diese proximal und distal isoliert gefertigt werden. In diesem Fall ist der distale Anteil fakultativer Bestandteil und kann nicht gesondert abgerechnet werden. Unterschenkel und Unterarm müssen also, wenn beide Gelenke abgebildet werden sollen, auf eine Platte passen. Die GOP 34230 (Aufnahme in einer Ebene) kann nicht dazu verwendet werden, Zusatzbilder des gleichen Skelettabschnittes zu berechnen. Es ist ein tatsächlich anderer Abschnitt abzubilden (z.B. Knie zwei Ebenen plus Patella tangential, Handgelenk zwei Ebenen plus Zielaufnahme os naviculare, dagegen nicht „dritte“ Ebene beim Sprunggelenk).

Vergleichsaufnahmen der Gegenseite können zusätzlich mit Seitenangabe abgerechnet werden. Funktionsaufnahmen („gehaltene“) sind als Zuschlag abrechenbar. Da die Legende von zwei oder beliebig vielen Bildern eines Skelttabschnitts spricht, muss eine Kontrolle nach Reposition in gleicher Sitzung mit einer Begründung versehen werden, da sie sonst gestrichen wird.

Im Zusammenhang mit einer Fraktur oder Luxation oder der Suche nach einem Fremdkörper kann eine Durchleuchtung (sofern eine Genehmigung vorliegt) zusätzlich abgerechnet werden.

Alle radiologischen Leistungen sind gegen die Anlage von Infusionen (GOP 02100 und 02101) gesperrt, auch wenn die Infusion unter einem völlig anderen Indikationsansatz erfolgt. Ebenfalls grundsätzlich ausgeschlossen ist die BV-gestützte Intervention an der Wirbelsäule nach GOP 34503.

34.2.1 Schädel, Halsweichteile

34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels

10,51 €
300 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

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

7,36 €
210 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34282 und 34503	

34212 **Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens** **10,51 €** **300 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
- der Halsorgane

und/oder

- des Mundbodens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie

34220 **Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile** **9,46 €** **270 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen

und/oder

- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen

Abrechnungsbestimmung

je Körperseite

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Die Leistung kann ggf. für beide Thoraxseiten mit Begründung (rechts, links) abgerechnet werden (Teile des knöchernen Thorax)

34221 **Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule** **15,07 €** **430 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Wirbelsäulenabschnitt

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34222 und 34503	

Kommentar

Je nach WS-Abschnitt (HWS, BWS, LWS) kann die Leistung mit Lokalisationsangabe mehrfach berechnet werden.

34222 Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule

18,58 €
530 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang

und/oder

- Seitlicher Strahlengang

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34221 und 34503	

Kommentar

Neben der Ganzaufnahme der WS kann ein WS-Abschnitt am selben Tag nicht abgerechnet werden, wohl aber zeitversetzt.

34223 Myelographie(n)

74,65 €
2130 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lumbalpunktion(en)

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 02342 und 34503	

Kommentar

Die Überwachung ist vorgeschriebener Bestandteil der Leistung und kann nicht gesondert berechnet werden. Die gegen diese Leistung gesperrte Lumbalpunktion ist sowieso nicht im Abrechnungsspektrum der Fachgruppen Chirurgie und Orthopädie enthalten.

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

34230 Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes

7,71 €
220 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Teil

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Mit dieser Ziffer kann jede Einzelaufnahme eines Knochens, auch Weichteilaufnahmen abgerechnet werden, solange es sich nicht um eine Zusatzaufnahme handelt von Skelettteilen, die unter einer anderen Ziffer bereits in zwei oder mehr Ebenen berechnet worden sind.

34231 Röntgenaufnahmen und/oder Teilaufnahmen der Schulter und/oder des Schultergürtels

14,02 €
400 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Teil

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Auf einer Seite können Aufnahmen des Schultergelenks und zusätzlich der Clavicula getrennt berechnet werden, da es sich um unterschiedliche Anteile des Schultergürtels handelt.

34232 Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile — 10,51 € / 300 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Teil

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Sprunggelenk und Handgelenk sind mit der GOP 34233 abzurechnen.

34233 Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitätenteile — 10,51 € / 300 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
- der Extremitäten

und/oder

- deren Teile

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
- Aufnahmen des distalen Unterschenkels

Abrechnungsbestimmung

je Teil

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Die sonst übliche Mehrfachberechnungsoption bei unterschiedlichen Skelettabschnitten gilt nicht für Aufnahmen des Unterarms und Unterschenkels, falls diese proximal und distal isoliert gefertigt werden. In diesem Fall ist der distale Anteil fakultativer Bestandteil und kann nicht gesondert abgerechnet werden. Unterschenkel und Unterarm müssen also, wenn beide Gelenke abgebildet werden sollen, auf eine Platte passen.

34234 Röntgenaufnahme(n) des Beckens und/oder dessen Weichteile

7,36 €
210 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
- des Beckens

und/oder

- dessen Weichteile,
- Aufnahme(n) in einer Ebene

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34260 und 34503	

Kommentar

Bei dieser Leistung genügt eine Aufnahme, auch wenn es keine klassische Beckenübersicht, sondern nur die Abbildung eines Beckenteils ist.

34235 Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks

65,19 €
1860 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
- der Schulter

oder

- des Ellbogens

oder

- des Hüftgelenks

oder

- des Kniegelenks

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en)

Abrechnungsbestimmung

je Gelenk

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 02340, 02341, 34260 und 34503	

Kommentar

Naturgemäß sind die Ziffern für Punktionen und Fisteldarstellung als Bestandteil der Leistung von einer Zusatzberechnung ausgeschlossen. Es kann für jedes Gelenk einzeln abgerechnet werden.

34236 Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke

54,15 €
1545 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en)

Abrechnungsbestimmung

je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 02340, 02341, 34260 und 34503	

Kommentar

Bei dieser Leistung können maximal fünf Gelenke auf einer Seite gleichzeitig arthrographisch dargestellt werden. Das käme nur für Finger- und Zehengelenke in Betracht und dürfte nur selten notwendig werden.

34237 Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen

14,02 €
400 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
- Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Mit dieser Ziffer werden Aufnahmen des Hüftgelenks, des proximalen Femurs und von Beckenteilen (Pfanne etc.) abgerechnet.

34238 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233 bei Durchführung gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen

10,51 €
300 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesien,
- Leitungsanästhesien,

Abrechnungsbestimmung

je Teil

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

Kommentar

Gehaltene Aufnahmen müssen nur in einer Ebene erbracht werden. Dieser Zuschlag kann jeweils mit der Haupt-Röntgenleistung für jedes Gelenk gesondert angesetzt werden.

34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur in seltenen Fällen für Chirurgen und Orthopäden genehmigt und werden hier ohne Kommentar abgedruckt.

34240 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane — 8,41€ / 240 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34241, 34242 und 34503	

34241 Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane — 15,07 € / 430 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens zwei Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34240, 34242 und 34503	

34242 Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung

29,27 €
835 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34240, 34241, 34246, 34280, 34281 und 34503	

34243 Röntgenübersichtsaufnahme(n) des Abdomens

9,46 €
270 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) des Abdomens in einer Ebene

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34244, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503	

34244 Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens

14,02 €
400 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen des Abdomens in mindestens zwei Ebenen

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34243, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503	

34245 Röntgenaufnahme(n) von Teilen des Abdomens

10,51 €
300 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503	

34246 Röntgenuntersuchung der Speiseröhre

29,97 €
855 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34247 Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms

46,96 €
1340 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34248 Röntgenuntersuchung des Dünndarms

104,62 €
2985 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34250 Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge

41,53 €
1185 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34251 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms

88,15 €
2615 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

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

75,70 €
2160 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34.2.5 Urogenitalorgane

In der Regel fachfremd, daher hier nicht aufgeführt

34.2.6 Gangsysteme

34260 Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln

37,33 €
1065 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
- natürlichen Gangsystemen

und/ oder

- krankhaft entstandenen Gangsystemen

und/ oder

- Höhlen

und/ oder

- Fisteln

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Abrechnungsbestimmung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250, 34255 bis 34257 und 34503	

34.2.7 Mammographie

Die präventive Mammographie im Rahmen des Mammographiescreenings wird über die Ziffern aus dem Kapitel 1.7.3 (01750 bis 01759) abgerechnet.

Da nur sehr Wenige eine Genehmigung zur Mammographie besitzen, erfolgt auch hier kein Ausdruck der einzelnen Ziffern.

34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen

34280 Durchleuchtung(en)

9,46 €
270 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

Abrechnungsbestimmung

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34500 und 34503	

Kommentar

Neben der Skelettradiologie kann die Durchleuchtung im Prinzip ohne Einschränkung angesetzt werden, allerdings dürfte die Indikation für Durchleuchtungen dem Leistungsinhalt der folgenden Ziffer 34281 entsprechen, die dann statt dessen genommen werden muss.

34281 Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung

5,96 €
170 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

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

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

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel

in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34500 und 34503

Kommentar

Die Legende beschreibt eindeutige Indikationen, allerdings ist zusätzlich eine Nativaufnahme anzufertigen. Gibt es keine Nativaufnahmen, kann die Ziffer 34280 abgerechnet werden. Die Ziffern für die Durchleuchtung sind rein diagnostisch. Eine intraoperative Durchleuchtung oder eine Reposition unter BV-Kontrolle kann damit nicht abgerechnet werden. In diesen Fällen ist die Durchleuchtung kalkulatorisch in den jeweiligen Leistungen erfasst und kann nicht gesondert berechnet werden.

34282 Schichtaufnahmen — 39,60 € / 1130 Pkt

Fachfremd, kein differenzierte Ausdruck

34.2.9 Gefäße

Die Angiographien sind in den seltensten Fällen für Chirurgen genehmigt, vereinzelt besitzen einige eine Genehmigung für Phlebographien. Daher wird hier auch nur diese eine Leistung ausgedruckt.

34294 Phlebographie — 39,95 € / 1140 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Extremität

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101, 34280, 34281, 34296, 34297 und 34503	

34295 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34294 für die computergestützte Analyse — 8,06 € / 230 Pkt

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel

in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 34503	

34.3 Computertomographie

In der Regel fachfremd, daher hier nicht aufgeführt

34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie

In der Regel keine Genehmigung für Chirurgen und Orthopäden, aber prinzipiell nicht fachfremd, daher werden hier die MRT-Untersuchungen für Extremitäten in der Überschrift und Bewertung aufgeführt, ohne im Einzelnen das Regelwerk abzudrucken.

34411	**MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule**	**120,21 €** **3430 Pkt**
34450	**MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Gebührenordnungsposition 34451 abzurechnenden Extremitätenteile**	**120,21 €** **3430 Pkt**
34451	**MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile**	**120,21 €** **3430 Pkt**
34452	**Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)**	**44,16 €** **1260 Pkt**

34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

In der Regel keine Genehmigung für Chirurgen und Orthopäden mit Ausnahme der GOP 31503. Diese Leistung ist grundsätzlich gegen alle anderen radiologischen Leistungen gesperrt, kann aber bei entsprechendem Genehmigungsumfang abgerechnet werden.

34503	**Bildwandlergestützte Intervention an der Wirbelsäule**	**68,17 €** **1945 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101, 02300 bis 02302, 02340 bis 02343, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 34502	34.2

Kommentar

Die Leistung ist in gleicher Sitzung gesperrt gegen Leistungen aus der Schmerztherapie, gegen Kleinchirurgie und Punktionen sowie gegen alle Röntgenleistungen aus der diagnostischen Radiologie insbesondere Skelettradiologie. Wer einen (genehmigten) Bildwandler besitzt, kann über diese GOP 1945 Punkte bzw. 68,17 Euro abrechnen. Die Alternative wäre die Kombination aus den GOP 30724 (525 Pkt) plus 30760 (475 Pkt.), zusammen also 1000 Punkte bzw. 35 Euro.

34.6 Osteodensitometrie

34600 Osteodensitometrische Untersuchung — 15,95 € / 455 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Photonenabsorptions-Technik) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
- an einem oder mehreren Teil(en) des Skeletts

und/oder

- am Achsenskelett

Abrechnungsbestimmung

Die CT-gestützte Osteodensitometrie ist als Photonenabsorptions-Technik entsprechend dem ersten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes dieser Leistung zu verstehen und ist demnach nach der Gebührenordnungsposition 34600 zu berechnen.

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100 und 02101	

Kommentar

Gemäß Richtlinie ist die Osteodensitometrie nur dann als Kassenleistung abzurechnen, wenn bereits eine Fraktur ohne adäquates Trauma vorliegt und dadurch sowie durch die Anamnese der Verdacht auf Osteoporaose begründet wird. In allen anderen Fällen ist die Leistung als IGeL privat zu berechnen.

35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Dieser Abschnitt ist prinzipiell auch von Chirurgen und Orthopäden berechnungsfähig. Allerdings ist eine Genehmigung gemäß Psychotherapierichtlinie erforderlich. Diese Genehmigung wird in der Regel von Chirurgen und Orthopäden nicht beantragt. Es wird daher auf den Ausdruck des Kapitels verzichtet.