Autor: Dr. Jörg A. Rüggeberg

EBM aktuell

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

30.1 Allergologie

Die Leistungen des Kapitels 30 können von Chirurgen und Orthopäden nur berechnet werden, wenn sie die Zusatzbezeichnung Allergologie führen. Da dies in diesen Fachgruppen eher die Ausnahme ist, wird auf den Abdruck der Leistungen verzichtet. Die GOP 30130 kann dagegen von allen Vertragsärzten berechnet werden.

30130 Hyposensibilisierungsbehandlung — 9,29 € / 265 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Abrechnungsbestimmung

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30130 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

Berichtspflicht	Nein

30.2 Chirotherapie

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine besondere ärztliche Qualifikation – bei Erstantrag die Zusatzbezeichnung Chirotherapie - und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

2. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.

Kommentar

Beide Leistungen sind nur mit Genehmigung der KV auf der Basis der Zusatzbezeichnung abrechnungsfähig. Beide Leistungen sind in der Sitzung gegeneinander ausgeschlossen, können aber an unterschiedlichen Behandlungstagen erbracht werden. Weitere Sitzungen müssen begründet werden (z.B. Rezidiv). Obligat ist die Dokumentation der Funktionsanalyse. Die explizite Beschreibung von Segmenthöhe, Blockierungsrichtung etc. wird erst für die Ausnahme jenseits der Begrenzung auf zwei Sitzungen gefordert.

Die beiden chirotherapeutischen Leistungen sind in gleicher Sitzung gegeneinander ausgeschlossen, können aber zeitversetzt und zusammen dann viermal erbracht werden. Formal müsste erst die Leistung nach GOP 30200 erfolgen, da diese bei der GOP 30201 als fakultativer Bestandteil eingeschlossen ist und damit als erbracht gilt.

Die Tatsache, dass die Leistungserbringung auf zwei Sitzungen begrenzt ist, berechtigt nicht dazu, ggf. weitere Sitzungen als IGeLeistung zu liquidieren.

Darüber hinaus bestehen keine Ausschlüsse.

Die Leistungen sind nicht berichtspflichtig.

Tipp: Man kann bei mehrfachem Behandlungsbedarf entweder die geforderte Begründung liefern und riskieren, dass die Prüfmechanismen der KV diese ablehnen oder den Zeitaufwand zusätzlicher Chirotherapie über die Massageziffer 30400 oder die Krankengymnastikziffer 30420 abbilden. Letztere hat allerdings ein verbindliches Zeitprofil von 15 Minuten! (Vorsicht Plausiprüfung). Da Chirotherapie immer auch mit Bewegungsübungen und/oder Massagen verbunden ist, ist auch eine Abrechnung in gleicher Sitzung möglich, wegen der Probleme der vorgeschriebenen Behandlungsdauer von 15 Minuten bezüglich der GOP 30420 aber mit Vorsicht anzuwenden. Achtung: Krankengymnastik ist auch in der Arztpraxis zuzahlungspflichtig. Unabhängig von der Frage, ob Sie diese Zuzahlung von Ihren Patienten abfordern, wird der Betrag in jedem Fall im Rahmen der Quartalsabrechnung von Ihrem Honorar abgezogen!

30200 Chirotherapeutischer Eingriff

5,26 €
150 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30201	

30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule

7,01 €
200 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200,

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30200	

30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- *(verschiedene andere Fachgruppen)*
- Fachärzten für Orthopädie,
- Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können,

berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

Kommentar

Orthopäden haben einen unmittelbaren Zugang zu diesem Leistungsbereich, Chirurgen nur bei Nachweis einer Zusatzqualifikation oder mit entsprechend qualifiziertem Personal. Leistungen der sensomotorischen Übungsbehandlung sind neben anderen krankengymnastischen Leistungen ausgeschlossen, allerdings nur in der jeweiligen Sitzung.

30300 Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)

8,59 €
245 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
- sensomotorisch

und/oder

- neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

Abrechnungsbestimmung

je vollendete 15 Minuten

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30301	30.4

Kommentar

Die Leistung kann pro Sitzung bis zu viermal angesetzt werden. Sie wirkt im Zeitprofil der Pausibilitätsprüfung in voller Höhe, es sei denn, sie wird vom qualifizierten Personal erbracht.

30301 Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)

2,98 €
85 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
- sensomotorisch

und/oder

- neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

Abrechnungsbestimmung

je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300	30.4

30.4 Physikalische Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von

- *(verschiedene andere Fachgruppen)*
- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben,

berechnet werden.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 setzt abweichend von 1. voraus, dass der entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzt.

3. *für Chirurgen und Orthopäden nicht relevant*

4. *für Chirurgen und Orthopäden nicht relevant*

5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 30.3 berechnungsfähig.

6. *für Chirurgen und Orthopäden nicht relevant*

7. *für Chirurgen und Orthopäden nicht relevant*

Kommentar

Chirurgen und Orthopäden haben einen unmittelbaren Zugang zu denjenigen Leistungen, die gemäß Präambel der Kapitel 7 bzw. 18 überhaupt berechnungsfähig sind. Leistungen der physikalischen Therapie finden sich ansonsten noch im Kapitel 2.5.
Allen Ziffern gemeinsam ist, dass eine Zeitplausibilitätsprüfung entfällt, wenn diese Leistungen von entsprechend der Präambel qualifizierten Mitarbeitern erbracht werden. Dies muss gegenüber der KV nachgewiesen werden. Ansonsten ist zu beachten, dass die Leistungen einen obligaten Leistungsanteil von mindestens aufzuwendender Zeit besitzen, der ohne Abzug in die Plausibilitätsprüfung eingeht.
Die Leistungen unterliegen sonst keiner Mengenbegrenzung, sind allerdings alle gegeneinander und gegen die Leistungen des Kapitel 31.3 in gleicher Sitzung gesperrt. An unterschiedlichen Tagen im Quartal besteht dagegen kein Ausschluss gegeneinander.
Achtung: Krankengymnastik ist auch in der Arztpraxis zuzahlungspflichtig. Unabhängig von der Frage, ob Sie diese Zuzahlung von Ihren Patienten abfordern, wird der Betrag in jedem Fall im Rahmen der Quartalsabrechnung von Ihrem Honorar abgezogen!

30400 Massagetherapie — 7,36€ / 210 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Massagetherapie lokaler Gewebeveränderungen eines oder mehrerer Körperteile

und/oder

- Manuelle Bindegewebsmassage

und/oder

- Periostmassage

und/oder

- Kolonmassage

und/oder

- Manuelle Lymphdrainage,

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421	

30401 Intermittierende apparative Kompressionstherapie

3,33 €
95 Pkt

Abrechnungsbestimmung

je Bein, je Sitzung

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421	

Kommentar

Die Leistung kann neben anderen phlebologischen Leistungen ohne Mengenbegrenzung eingesetzt werden, sofern die entsprechende Apparatur genutzt wird.

30402 Unterwasserdruckstrahlmassage

9,64 €
275 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Unterwasserdruckstrahlmassage,
- Wanneninhalt mindestens 400 l,
- Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420 und 3042	

30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung) — 7,36 € / 210 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400 bis 30402, 30411, 30420 und 30421	

30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) — 3,33 € / 95 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Abrechnungsbestimmung

je Teilnehmer

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30420 und 30421	

Kommentar

30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)

9,29 €
265 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30421	

Kommentar

Wenn diese Leistung durch Personal erbracht wird, muss die Qualifikation Krankengymnast gegenüber der KV nachgewiesen sein. In diesem Fall entfällt auch die Anrechnung auf das Zeitprofil.

30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)

4,73 €
135 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Gruppenbehandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad,

Abrechnungsbestimmung

je Teilnehmer und Sitzung

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel

in gleicher Sitzung	30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30420

Kommentar

Wenn diese Leistung durch Personal erbracht wird, muss die Qualifikation Krankengymnast gegenüber der KV nachgewiesen sein. In diesem Fall entfällt auch die Anrechnung auf das Zeitprofil.

30.5 Phlebologie

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Innere Medizin,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie,

berechnet werden.

Kommentar

Die Leistungen der Phlebologie können von allen Chirurgen ohne besondere Zugangsqualifikation abgerechnet werden. Es gibt keine Ausschlüsse gegen die fachspezifischen chirurgischen Behandlungspauschalen. Die Leistungen des Kapitels 30.5 sind demnach immer additiv zu benutzen.

30500 Phlebologischer Basiskomplex — 16,30 € / 465 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Obligater Leistungsinhalt

- Verschlussplethysmograpische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung

und/oder

- Lichtreflexionsrheographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen,
- Doppler-sonographische Untersuchung(en) der Venen und/oder Arterien,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Doppler-sonographische Druckmessungen an den Extremitätenarterien,
- Thrombusspaltung einschließlich –expression,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02311
im Behandlungsfall	33061

Kommentar

Die Leistung ist bei entsprechender ICD-Diagnose einmal (nicht öfter) im Quartal und zusätzlich zu anderen Leistungspauschalen aus dem Kapitel 7 (Chirurgie) abrechenbar. Obligat ist immer eine Doppler-Sonographie unabhängig von der Art der Gefäße sowie entweder eine Verschlussplethysmographie oder eine LRR der Venen. Nur eine der beiden letztgenannten Leistungen muss erbracht werden, auf die andere kann verzichtet werden. Die nicht erbrachte Untersuchung muss im Gegensatz zu einer fakultativen Leistung nicht apparativ vorgehalten werden, kann allerdings auch nicht berechnet werden. Eine zusätzliche Doppler-Sonographie der Arterien ist nicht gesondert abrechnungsfähig. Weiterführende Sonographien (Duplex) sind zusätzlich abrechnungsfähig.

Relevant ist der Ausschluss im gesamten Quartal gegen die Ziffer 33061 (CW-Doppler der Extremitätengefäße mit 305 Pkt.). Wer zwei oder mehrere Leistungen nach 33061 abrechnen will, muss auf den Ansatz des phlebologischen Basiskomplexes verzichten.

30501 Verödung von Varizen — 9,29 € / 265 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Obligater Leistungsinhalt

- Verödung von Varizen,
- Entstauender phlebologischer Funktionsverband,

Abrechnungsbestimmung

je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02311, 02313	

Kommentar

Die Leistung kann maximal zehnmal im Quartal erbracht werden. Dazu sind mindestens fünf Sitzungen erforderlich, da die Leistung je Sitzung nur einmal pro Bein abgerechnet werden kann, unabhängig davon, wie viele Varizen in der jeweiligen Sitzung sklerosiert werden. In der gleichen Sitzung können die Leistungen der Kleinchirurgie und die Behandlung des diabet. Fußes sowie die Kompressionstherapie nicht abgerechnet werden. Alle anderen Leistungen sind frei, insbesondere besteht auch keine Sperre gegen postoperative Behandlungskomplexe.

30.6 Proktologie

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

1. Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nur von

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,
- Fachärzten für Allgemeinmedizin,

Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,

Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie, die einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können,

berechnungsfähig.

Kommentar

30600 Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie

8,41 €
240 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Berichtspflicht	**Ja**

Kommentar

Die Leistung ist bei entsprechender ICD-Diagnose auch mehrfach im Quartal und zusätzlich zu anderen Leistungspauschalen, insbesondere zur viszeralchirurgischen Zusatzpauschale aus dem Kapitel 7 (Chirurgie) und zur Koloskopie abrechenbar. Es gibt auch keinen Ausschluss während eines postoperativen Leistungskomplexes. Generell ist eine Prokto-/Rektoskopie aber am Tage eines operativen Eingriffs aus dem Kapitel 31.2 bzw. 36.2 ausgeschlossen.

Obligat ist entweder eine Proktoskopie oder eine Rektoskopie. Wird auf eine dieser beiden Untersuchungen verzichtet, so wird diese nur insofern fakultativ, als sie nicht abgerechnet werden kann. Die apparative Ausstattung muss jedoch, anders als bei fakultativen Leistungen sonst, nicht vorgehalten werden.

30501 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30600 für die Polypentfernung(en)

5,61 €
160 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	

Kommentar

Der Zuschlag wird nur für die Technik der Hochfrequenzschlinge ausgelöst. Andere Polypentfernungen können mit den Ziffern 02300 bis 02302 abgerechnet werden.

30610 Behandlung(en) von Hämorrhoiden im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion

9,46 €
270 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Abrechnungsbestimmung

höchstens viermal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	

Kommentar

Die notwendige Proktoskopie kann zusätzlich berechnet werden. Die Leistung kann nur je Sitzung und nicht pro Hämorrhoide angesetzt werden, weil der Text der Legende im Plural abgefasst ist. Die Kombination am gleichen Behandlungstag mit der Leistung 30611 ist aus dem gleichen Grund nicht möglich Statt dessen können die Leistung nach GOP 30610 und 30611 jeweils an vier verschiedenen Tagen erfolgen, insgesamt also bis zu achtmal.

Leistungen der Kleinchirurgie (auch aus anderer Indikation) sind in gleicher Sitzung ausgeschlossen, können aber an anderen Tagen erbracht werden.

30611 Entfernung von Hämorrhoiden am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron

18,40 €
525 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Abrechnungsbestimmung

höchstens viermal im Behandlungsfall

Die Kosten für im Rahmen der Leistungserbringung verbrauchte Ligaturringe sind in der Bewertung der Gebührenordnungsposition 30611 enthalten.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	

Kommentar

Siehe Kommentar zu 30610

30.7 Schmerztherapie

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und/oder 30702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
2.-6. *nur für diejenigen relevant, die eine Genehmigung besitzen*
7. Die Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 sind nur von
- *(verschiedene andere Arztgruppen)*
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,

mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

Kommentar

Zusammenfassend begrenzt die sehr komplexe Präambel dieses Kapitels den Zugang zur speziellen Schmerztherapie auf entsprechende Genehmigungen durch die KV. Diese Genehmigung ist an zahlreiche Bedingungen geknüpft und nur für die wenigsten Chirurgen und Orthopäden relevant. Im Übrigen beziehen sich diese Eingangsbedingungen auch nur auf die Leistungen 30700 bis 30704.

Die für Chirurgen und Orthopäden relevanten Leistungen aus dem Kapitel 30.7.2 sind davon nicht betroffen und können ohne besondere Zugangsbedingungen abgerechnet werden.

Akupunkturleistungen aus dem Kapitel 30.7.3 bedürfen einer gesonderten Genehmigung durch die KV, die aber nicht an eine Genehmigung zur Schmerztherapie gebunden ist.

30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

30700 **Grundpauschale** für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

31,72 €
905 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01436	
im Behandlungsfall	01600 und 01601	

Kommentar

Eigene Grundpauschale für Schmerztherapeuten. Diese ersetzt die fachspezifische Pauschale.

30702 **Zusatzpauschale** für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

49,24 €
1405 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2,

einschließlich

- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,

- Durchführung einer Schmerzanalyse,

- Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,

- Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,

- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,

- Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,

- Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen

und/oder

- Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2,

einschließlich

- Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,

- Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,

- Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,

- Standardisierte Dokumentation(en),

- Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf,

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Behandlungsfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	35.1 und 35.2

im Behandlungsfall	01600 und 01601

Kommentar

Nur für genehmigte Schmerztherapeuten

30704 **Zuschlag** für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 5.

29,44 €
840 Pkt

Abrechnungsbestimmung

Einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja**

30706 **Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz** gemäß Anlage I Nr. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

5,96 €
170 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Kann im Prinzip von allen Ärzten angesetzt werden, die zu einer entsprechenden Konferenz gerufen werden. Ausgelöst werden kann die Leistung aber nur von einem Schmerztherapeuten.

30708 **Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie, Dauer mindestens 10 Minuten**

11,74 €
335 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

je vollendete 10 Minuten

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02101	

Kommentar

Ohne vorhergehende Leistung der genehmigungspflichtigen Schmerztherapie ist diese GOP nicht anzusetzen.

30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

Kommentar

Die nachfolgenden Leistungen sind ohne Zugangsbeschränkung von allen Ärzten abrechnungsfähig. Die Leistungen können ohne wesentliche Begrenzungen additiv zu nahezu allen anderen Leistungen angesetzt werden. Es bestehen keine Ausschlüsse gegen anderweitige Behandlungspauschalen aus den Kapiteln 7 bzw. 18. Ebenfalls bestehen keine Ausschlüsse gegen postoperative Behandlungskomplexe. Die einzigen Ausschlüsse beziehen sich regelmäßig auf Infusionen und BV-gestützte Interventionen an der Wirbelsäule.

Sämtliche Leistungen sind unter dem Aspekt der Analgesie zu erbringen, eine Anästhesie ist als Leistungsziel nicht statthaft.

30710 Infusion von nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika unter systemischer Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration

11,04 €
315 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 30 Minuten

Abrechnungsbestimmung

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z.B. Kanüle, Katheder) mehr als eine Infusion entsprechend der Gebührenordnungsposition 02100, der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100, 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01911, 02100, 34502 und 34503	

Kommentar

Eine eventuelle Überwachung ist mit der GOP 30760 abrechnungsfähig.

30712 Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS)

6,66 €
190 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps,

Abrechnungsbestimmung

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.

Berichtspflicht	Nein

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

30720 Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis

9,29 €
265 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum)

oder

- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder des betreffenden Ganglions berechnungsfähig.

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Die Anatomie ist explizit vorgeschrieben und muss angegeben werden.

30721 Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang

21,03 €
600 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Die Leistung setzt ein EKG-Monitoring und eine Pulsoxymetrie voraus und kann beliebig oft an unterschiedlichen Tagen angesetzt werden. Eine eventuelle Überwachung ist mit der GOP 30760 abrechnungsfähig.

30722 Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang

18,40€
525 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Die Leistung setzt ein EKG-Monitoring und eine Pulsoxymetrie voraus und kann beliebig oft an unterschiedlichen Tagen angesetzt werden. Eine eventuelle Überwachung ist mit der GOP 30760 abrechnungsfähig.

30723 Ganglionäre Opioid-Applikation

9,29 €
265 Pkt

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

30724 Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven und der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia

18,40 €
525 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Die Leistung setzt ein EKG-Monitoring und eine Pulsoxymetrie voraus und kann beliebig oft an unterschiedlichen Tagen angesetzt werden. Eine eventuelle Überwachung ist mit der GOP 30760 abrechnungsfähig.

30730 Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere

62,91 €
1795 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Berichtspflicht	**ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Die Leistung setzt ein EKG-Monitoring und eine Pulsoxymetrie voraus und kann beliebig oft an unterschiedlichen Tagen angesetzt werden. Eine eventuelle Überwachung ist mit der GOP 30760 abrechnungsfähig.

30731 Plexusanalgesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen)

66,59 €
1900 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,

Abrechnungsbestimmung

Je Sitzung

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

Kommentar

Nur zur Analgesie abzurechnen, nicht als Anästhesieleistung. Eine ggf. notwendige Überwachung kann nicht abgerechnet werden.

30740 Überprüfung (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren Stimulationsgerätes im Rahmen der Langzeitanalgesie

11,04 €
315 Pkt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen oder implantierten Medikamentenpumpe,

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Rahmen der Funktionskontrolle, ggf. mit Umprogrammierung, von Stimulationsgeräten zur Langzeitanalgesie nur berechnungsfähig bei implantierten Stimulationsgeräten.

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

30750 Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie

16,65 €
475 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Funktionskontrolle(n)

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 02120	

30751 Langzeitanalgospasmolyse mit Auffüllen einer implantierten Medikamentenpumpe zur intrathekalen Dauerapplikation von Baclofen über mindestens 8 Stunden

18,40 €
525 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 30710 oder nach Eintritt des dokumentierten vegetativen, ggf. sensiblen Effektes im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30721 , 30722 , 30724 und 30730

16,65 €
475 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02101, 34502 und 34503	

30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Kommentar

Akupunktur bedarf einer Genehmigung durch die KV und ist derzeit auf zwei Indikationen begrenzt:

Chronischer Schmerz der LWS und chronischer Knieschmerz bei Gonarthrose. Alle anderen Indikationen fallen nicht unter die Leistungspflicht der GKV und sind privat zu liquidieren.

30790 Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen:

46,61 €
1330 Pkt

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule,

oder

- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater Leistungsinhalt

- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung der optimalen Punktekombinationen, Verteilung der Akupunkturlokalisationen,
- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
- Dokumentation,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Bericht an den Hausarzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Krankheitsfall

Berichtspflicht	**Ja**

Kommentar

Bei dieser Leistung ist zu beachten, dass sie nur einmal im Krankheitsfall, d.h. innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen abgerechnet werden kann. Mit der Leistung ist eine aufwendige Untersuchung verbunden, die mindestens 40 Minuten dauern muss.

30791 **Durchführung einer Körperakupunktur und ggfs. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen:**

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule,

oder

- Chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

21,03 €
600 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe,

Abrechnungsbestimmung

je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in der Gebührenordnungsposition 30791 enthalten.

Berichtspflicht	**Nein**

Kommentar

Es handelt sich hier um die eigentliche Akupunktur, die demnach auch zusammen mit dem Eingangskomplex 30790 erbracht werden kann. Diese Leistung ist ebenfalls auf den Krankheitsfall, also ein Jahr, bezogen. In diesem Zeitraum kann sie bis zu fünfzehnmal in Ansatz gebracht werden.

30.8 Soziotherapie

30800 **Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers**

6.66 €
190 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 3 Therapieeinheiten

Fakultativer Leistungsinhalt

Überweisung zu einem soziotherapeutischen Leistungserbringer

Berichtspflicht	**Nein**