III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Achtung!!!

Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie nach neuer Weiterbildungsordnung werden nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Gruppe Orthopädie zugelassen und rechnen nicht im Kapitel 7 sondern im Kapitel 18 ab. Dieses Kapitel wird hier unmittelbar im Anschluss an das Kapitel 7 vorgestellt und kommentiert.

7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen

7.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Chirurgie,

- Fachärzten für Kinderchirurgie,

- Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie

berechnet werden.

2. *nicht ausgedruckt, da für Chirurgen nicht relevant*

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn.13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664 und 13670, sowie bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungsposition 08320 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 26310, 26311, 26313 und 26320 berechnen.

4. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig:

01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01701, 01731, 01734, 01740 bis 01742, 01758, 01783, 01800 bis 01811, 01850, 01851, 01853 bis 01855, 01857, 01904, 01905, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500 und 02510 bis 02512.

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig:

30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800 und 36884, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 36.2, 36.3, 36.5 und 36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35.

6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar

Die Präambel regelt den Zugriff auf alle Leistungen, die von Chirurgen, Kinderchirurgen und Plastischen Chirurgen abgerechnet werden können. Herzchirurgen sind von einer Abrechnung ausgeschlossen. Diese Benennung der Facharztgruppen folgt der alten Weiterbildungsordnung mit dem Facharzt für Chirurgie und den verschiedenen Schwerpunkten (Gefäße, Thorax, Unfall etc.) Da Kinderchirurgen und Plastische Chirurgen ebenso wie Herzchirurgen nach alter WBO einen eigenen Facharzttitel führen, sind die ersten beiden in der Präambel genannt, die Herzchirurgen dagegen nicht. Da diese auch sonst nirgendwo aufgelistet sind, gibt es für Herzchirurgen keine Abrechnungsmöglichkeit im EBM, im Übrigen auch in der Regel keine Zulassungen zur vertragsärztlichen Praxis. Es muss dringend die neue Weiterbildungsordnung umgesetzt werden, die den Facharzt für Chirurgie im bisherigen Gesamtgebiet nicht mehr führt und stattdessen die acht Säulen (Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Gefäß-, Herz-, Kinder-, Plastische Chirurgie sowie Orthopädie/Unfallchirurgie) als Facharztbezeichnung benennt. Daraus könnte man folgern, dass ein neuer „Säulenchirurg“ nicht mehr im Kapitel 7 abrechnen kann, weil er in der Präambel nicht geführt ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Säule Orthopädie/Unfallchirurgie nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) der Fachgruppe Orthopädie zugerechnet wird und deshalb im Kapitel 18 (Orthopädie) und nicht im Kapitel 7 (Chirurgie) abrechnen kann. Die neue Facharztbezeichnung und Orthopädie/Unfallchirurgie berechtigt nicht zur Abrechnung aus beiden Kapiteln. Entweder liegt eine Zulassung in der Bedarfsplanungsgruppe Chirurgie vor oder in der Gruppe Orthopädie. Leider wird diese Zulassungsproblematik in einzelnen KV-Gebieten unterschiedlich gehandhabt.

Deshalb gilt für die Abrechnung grundsätzlich der jeweilige Zulassungsstatus.

Wer mehrere Gebietsbezeichnungen führt, kann deshalb trotzdem nicht auf andere Fachkapitel zugreifen, es sei denn, er besitzt auch eine doppelte Zulassung (z.B. für Chirurgie und Orthopädie nach alter WBO oder auch z.B. Urologie oder Gynäkologie).

Chirurgen können ausschließlich Leistungen des Kapitels 7 abrechnen sowie alle in der Präambel dezidiert genannten weiteren Gebührenordnungspositionen bzw. ganze Kapitel. Was in der Präambel nicht aufgeführt wird, kann nicht abgerechnet werden, selbst wenn ggf. einzelne Leistungen auch unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten fachlich erbracht werden könnten. Es lohnt also nicht, in den Kapiteln anderer Fachgruppen nach möglichen GOP zu suchen, da diese in keinem Fall abgerechnet werden können und im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung durch die KV ersatzlos gestrichen werden. Lediglich Kinderchirurgen dürfen einzelne urologische Positionen abrechnen.
Die unter dem Punkt 3 der Präambel genannten internistischen GOP können von Chirurgen mit den entsprechenden Genehmigungen ohne die sonst für Internisten in deren Präambel genannten Beschränkungen erbracht werden.

Die jeweils in der Präambel aufgelisteten Leistungen können prinzipiell genutzt werden, es ist allerdings im Einzelfall eine entsprechende Lizenz erforderlich (Ambulantes Operieren, Röntgen, Chirotherapie etc.)

7.2 Chirurgische Grundpauschalen

Grundpauschale

07210	**für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**	**20,85 €** **595 Pkt**
07211	**für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr**	**21,91 €** **625 Pkt**
07212	**für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres**	**25,23 €** **720 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 GOP 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01436	
im Behandlungsfall	01600, 01601	

Kommentar

Die Grundpauschale wird immer beim ersten **persönlichen** Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet, nicht bei einem Telefonat. Sie beinhaltet sämtliche Folgekontakte, die nicht gesondert abgerechnet werden können, falls nicht anderweitige Leistungen anfallen. Ebenfalls sind alle Briefe mit Ausnahme einer Befundkopie an den Hausarzt nach GOP 01602 darin enthalten. Das bedeutet, dass Briefe zwar ggf. wegen einer durch andere Leistungen (z.B. Zusatzpauschale) ausgelösten Berichtspflicht geschrieben werden müssen, aber nicht abgerechnet werden können. Die jeweiligen Portokosten können aber trotzdem angesetzt werden (40120 ff.)

Zu den Besonderheiten in der Abrechnung der Grundpauschale wiederholen wir an dieser Stelle den Auszug aus den **Allgemeinen Bestimmungen** mit dem entsprechenden Kommentar

Allgemeine Bestimmungen

4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall (s. Allgemeine Bestimmung 4.3.4) berechnungsfähig (kurativ-ambulant) und umfassen die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung.

Bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulanter Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nr.1 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag (EKV)), die nicht im Anhang 1 (Spalten VP und/oder GP) aufgeführt sind (s. Allgemeine Bestimmung 2.1.6) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV), ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Gebührenordnungsposition 01210 (Not(-fall)pauschale im organisierten Not(-fall)dienst) ist für die Berechnung einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes notwendig.

Kommentar

Die Grundpauschale wird immer beim ersten **persönlichen** Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet, nicht bei einem Telefonat. Sie beinhaltet sämtliche Folgekontakte, die nicht gesondert abgerechnet werden können, falls nicht anderweitige Leistungen anfallen. Die Grundpauschale kann immer nur ein

einziges Mal von demselben Arzt im Quartal berechnet werden, auch dann, wenn ggf. eine Behandlung an unterschiedlichen Orten erfolgt oder wenn mehrere Behandlungen mit unterschiedlichen Diagnosen im gleichen Quartal anfallen. Ebenfalls kann eine Grundpauschale immer nur einmal im Quartal in einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem Ort abgerechnet werden. Wenn allerdings an mehreren Orten ein Praxisverbund existiert (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), kann die Grundpauschale erneut angesetzt werden, wenn der Patient sowohl an einem zweiten Standort erscheint als auch dort von einem zweiten Arzt behandelt wird. Wechseln sowohl Arzt wie Patient gemeinsam den Standort, gilt die Regel des „Arztfalles“, dass heißt, ein Arzt kann an einem Patienten immer nur einmal die Grundpauschale ansetzen, egal, wo die Behandlung stattfindet.

Diese Regel gilt nicht für gleichzeitige ambulante und belegärztliche Behandlung. Hier wird ein neuer Behandlungsfall ausgelöst, der allerdings nur die halbe Grundpauschale zur Abrechnung bringt. Die „Halbierung“ der Grundpauschale muss von der KV administriert werden, da es keine eigene Ziffer für diese reduzierte Pauschale im EBM gibt.

Wichtig: in einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (typischerweise Chirurg und Orthopäde/Unfallchirurg) können beide jeweils ihre Grundpauschale ansetzen, sofern der Patient auch bei beiden einen persönlichen Kontakt auslöst.

Die Grundpauschale beinhaltet alle Leistungen aus dem Anhang 1 des EBM, die nicht gesondert berechnet werden können. Das bedeutet auch, dass Leistungen, die im Anhang 1 aufgeführt sind und demnach keine eigene Abrechnungsziffer besitzen, nicht als vom Patienten selbst zu bezahlende Individuelle Gesundheitsleistung behandelt werden dürfen, weil sie ja über die Grundpauschale abgegolten sind.

Wird eine Auftragsleistung erbracht (muss auf dem Überweisungsschein stehen), kann die Grundpauschale **nicht** angesetzt werden. Stattdessen ist die GOP 01436 einzutragen. Ausnahme: Auftragsleistung einer Leistung aus dem Anhang 1 EBM (siehe hierzu 2.1)

Im KV-organisierten Notfalldienst wird nicht die eigene fachspezifische Grundpauschale, sondern die Grundpauschale aus dem Kapitel 1.2 angesetzt. Die fachspezifische Grundpauschale kann allerdings bei einem weiteren Kontakt außerhalb des Notdienstes ohne Wegfall der Notdienstpauschale angesetzt werden.

Kurzfassung:

Grundpauschale immer beim ersten Mal

Grundpauschale maximal einmal im Behandlungsfall

Grundpauschale in überörtlicher BAG auch mehrfach bei Behandler- und Ortswechsel

Grundpauschale nie bei Auftragsleistungen

Grundpauschale bei ambulant und belegärztlich auf jedem Schein, aber die zweite Pauschale nur zu 50%

Bei Auftrag zu Leistungen aus Anhang 1 50% Ansatz der Grundpauschale

Fachübergreifende Gemeinschaften mehrfacher Ansatz jeweils einmal pro Fach möglich

7.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

Grundsätzlicher Kommentar Zusatzpauschalen

(Gilt für die meisten Pauschalen, Abweichungen im jeweiligen Kommentar)

Die Pauschalen werden bis auf wenige Ausnahmen nach einer vorgegebenen Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten ausgelöst. Von den geforderten Kontakten muss lediglich einer tatsächlich persönlich erfolgen, die übrigen können auch durch andere, z.B. telefonische Kontakte erreicht werden. In jedem Fall ist aber eine direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient gefordert, eine Anfrage der Helferin ersetzt dies nicht. Wenn in einem Quartal ein postoperativer Behandlungskomplex anfällt, kann in diesem Zeitraum (21 Tage) die Zusatzpauschale nicht berechnet werden. Es ist aber möglich, nach Ablauf der 21 Tage ggf. noch fehlende Kontakte nachzuholen und dann die Ziffer aufzuschreiben. Die Sperre bedeutet zunächst nur, dass die Leistung nicht aufgeschrieben werden darf, sie kann aber in diesem Zeitraum (sozusagen vorbereitend) in ihren Inhalten erbracht werden. Es ist lediglich darauf zu achten, dass es sich nicht um identische Leistungsanteile handelt, die gemäß 2.1.3 Allgemeine Bestimmungen nicht parallel erbracht werden dürfen. Wenn die notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte für die Berechnung von Zusatzpauschalen während der 21-Tage Sperre stattgefunden haben (mit einem entsprechenden, von der postoperativen Behandlung unterschiedlichem Therapieansatz), dann kann unmittelbar nach Ablauf der Drei-Wochen-Frist die Pauschale abgerechnet werden.

Das Quartalsende beendet in jedem Fall die Abrechnung, quartalsübergreifende Kontakte können nicht zusammengeführt werden.

Die Pauschale **muss** auch gemäß der Allgemeinen Bestimmung unter 2.3.1 nach dem letzten Mindest-Kontakt angesetzt werden, selbst wenn das dazu führt, dass erbrachte Einzelleistungen dann ggf. einem Ausschluss zum Opfer fallen.

Grundsätzlich sind fast alle Zusatzpauschalen gegeneinander gesperrt. Auch bei unterschiedlichen Diagnosen kann immer nur eine Pauschale (die höherwertige) auf einem Schein angesetzt werden. Eine Mehrfachberechnung der Pauschale ist nicht möglich. Lediglich Doppelfachärzte für Orthopädie und Chirurgie mit einer **Zulassung in beiden Gebieten (!)** können sowohl aus dem Kapitel 07 wie auch aus dem Kapitel 18 ohne Ausschluss gebietsverschiedene Pauschalen (z.B. 07311 und 18340) abrechnen, allerdings nicht inhaltsgleiche (z.B. 07311 und 18311). Das gilt selbstverständlich auch für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (Chirurg und Orthopäde/Unfallchirurg). Hier kann der Orthopäde am gleichen Patienten die Pauschalen aus dem Kapitel 18 berechnen, aber nicht die leistungsidentischen Pauschalen. Es ist möglich die Kombination 18331 und 07311, aber nicht 07311 und 18311.

Ebenfalls im gesamten Quartal sind die in der Pauschale enthaltenen fakultativen Leistungen gesperrt.

Die tagesgleichen Abrechnungsausschlüsse sind eigentlich unsinnig, weil diese Ziffern sowieso im Zeitraum von 21 Tagen postoperativ gesperrt sind.

Die Abrechnungsausschlüsse während laufender postoperativer Komplexe beziehen sich auf die gängigen chirurgischen Eingriffe, nicht auf die Behandlung nach Eingriffen aus den Bereichen MKG, HNO, zentrale und stereotaktische Neurochirurgie, endoskopische und BV-gestützte Urologie, Gynäkologie und Augenheilkunde. In diesen Fällen ist eine Nebeneinanderberechnung von Zusatzpauschale und postoperativem Behandlungskomplex möglich.

Zusatzpauschalen und postoperative Komplexe können durchaus auf einem Schein berechnet werden, es muss nur der geforderte zeitliche Abstand eingehalten werden.

Ansonsten können alle Leistungen parallel abgerechnet werden, die nicht explizit ausgeschlossen sind.

Die Pauschalen sind zumeist berichtspflichtig (nur nicht bei Auftragsleistung, die aber in der Regel nicht vorkommen wird), auch wenn der Brief wegen der beim Erstkontakt fälligen Grundpauschale nicht abgerechnet werden kann. Porto (40120) kann berechnet werden. Lediglich die Wundbehandlungspauschale 07340 sowie die Onkologiepauschale 07345 sind von der Berichtspflicht befreit.

Da wegen der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit weiterer Arzt-Patienten-Kontakte die geforderte Mindestfrequenz nicht in der Abrechnung nachgewiesen werden kann, muss eine entsprechende Dokumentation in den eigenen Unterlagen erfolgen.

Abrechnungsschema:

1.Tag:	Grundpauschale
Folgetage:	nichts
Erreichen der Mindestfrequenz:	Zusatzpauschale
Folgetage:	nichts

07310 Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates, Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

21,38 €
610 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraarticuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 02511	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	

im Behandlungsfall	02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07311, 07320, 07330, 07340, 07345 und 18310
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637

Kommentar

Siehe Kommentar zu 07311

07311 Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen

21,55 €
615 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraarticuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 02511	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07320, 07330, 07340, 07345 und 18311	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Die beiden Pauschalen 07310 und 07311 sind inhaltsgleich und nur durch das Alter der Patienten unterschieden. Wesentlich ist die entsprechende Diagnose nach ICD-Codierung. Zum Stütz- und Bewegungsapparat gehören Knochen, Knorpel, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder, Faszien, nicht jedoch Gefäße, Nerven, Haut und Unterhautgewebe. Es ist also nicht die Lokalisation einer Erkrankung, sondern das betroffene Organ ausschlaggebend.

Es sind drei Kontakte erforderlich, davon nur einer persönlich.

Die Ziffern der kleinen Chirurgie (02300 bis 02302) und die Elektrotherapie (02511) dürfen lediglich nicht in gleicher Sitzung, also wenn die Pauschale aufgeschrieben wird, berechnet werden, sonst immer.

Die tagesgleichen Abrechnungsausschlüsse sind eigentlich unsinnig, weil diese Ziffern sowieso im Zeitraum von 21 Tagen postoperativ gesperrt sind.

Im gesamten Quartal sind die in der Pauschale enthaltenen fakultativen Leistungen gesperrt, hier insbesondere immobilisierende Verbände, Punktionen und therapeutische Lokalanästhesie. Dagegen ist die Ziffer für den Kompressionsverband 02313 nicht gesperrt.

Die Leistung ist (außer als Auftrag) berichtspflichtig.

07320 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(e)n und/oder Eingriff(en)

15,07 €
430 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen

und/oder

- Einleitung/Koordinierung interdisziplinärer Diagnostik und/oder Therapie

und/oder

- Wiederholte eingehende symptombezogene Untersuchung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Reposition(en) von Hernien, eines Darmprolaps und/oder eines Anus praeter-Prolaps,
- Wundbehandlungen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
am gleichen Tag	31614 bis 31621 und 31630 bis 31637	
im Behandlungsfall	02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340 und 07345	

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637

Kommentar

Ausschlaggebend sind die ICD-Diagnose sowie mindestens zwei Kontakte, davon einer persönlich. Eine Untersuchung am Vormittag und ein Telefonat am Nachmittag rechtfertigen den Ansatz der Ziffer.

Neben der zeitlich befristeten Sperre im Zusammenhang mit einem postoperativen Behandlungskomplex ist diese Pauschale im Quartal gesperrt gegen Punktionen, Neuraltherapie und alle anderen Pauschalen aus dem Kapitel 07.

Die Leistung ist (außer als Auftrag) berichtspflichtig.

07330 Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

21,55 €
615 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplanes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

nur mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie bzw. nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07340, 07345 und 18330	

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Die Pauschale ist nur für Handchirurgen mit Genehmigung durch die KV berechnungsfähig und beinhaltet einen relativ hohen Dokumentationsaufwand, der bei den Pauschalen 07310 bzw. 07311 nicht gefordert wird. Alle anderen können auf diese Pauschalen 07310 bzw. 07311 ausweichen, die gleich bewertet sind und im Inhalt der Leistungsbeschreibung entsprechen.

Die Leistung ist (außer als Auftrag) berichtspflichtig.

07340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

26,99 €
770 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen

und/oder

- Wunddebridement

und/oder

- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes

und/oder

- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 07340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02312 und 02313	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320 und 07330	

Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2

31.4.3

Kommentar

Es sind fünf Kontakte erforderlich, davon nur einer persönlich. Allerdings ist eine weitere Wundbehandlung ohne persönliche Kontakte nur schwer vorstellbar.

Bei dieser ebenfalls diagnosebezogenen Pauschale (Secundäre Wunde) sind explizit einzelne Diagnosen ausgenommen, bei denen der Leistungskomplex dann nicht in Ansatz gebracht werden darf. Dies sind: diabetischer Fuß, Ulcus cruris, venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom, Lymphödem und Beinvenenthrombose. Bei diesen Diagnosen gibt es eigene Ziffern (02312, 02313), die ohne Limit mehrfach angesetzt werden können und in der Summe rasch die Dotierung der Pauschale übersteigen. Ein Ansatz sowohl der Pauschale wie der Einzelziffern ist nicht erlaubt. Die grundsätzliche Verpflichtung der allgemeinen Bestimmungen, eine Pauschale anstelle der in diese Pauschale eingehenden Einzelleistungen zu berechnen, ist für die genannten Indikationen aufgehoben! Wenn diese Diagnosen in der ICD-Codierung auf dem Schein auftauchen, darf die Pauschale nicht abgerechnet werden.

Die Leistungsziffern der „Kleinchirurgie“ (02300 bis 02302) sowie die Ziffern für die Ulcus-cruris-Behandlung und der Kompressionstherapie (02312 und 02313) sind nur in gleicher Sitzung gesperrt. Das bedeutet, diese können immer während der Behandlung im Rahmen der Pauschale benutzt werden mit Ausnahme des einen einzigen Termins, an dem die Leistungsziffer der Pauschale aufgeschrieben wird. Für die Leistungsziffern 02312 und 02313 ist das bedeutungslos, da sie wegen der Indikationssperre sowieso nicht zusammen mit der Pauschale genutzt werden können.

Das ist besonders wichtig, weil die Ziffern der „Kleinchirurgie“ gegen den so genannten „kleinen“ Wundbehandlungskomplex 02310 im gesamten Quartal gesperrt sind.

Die tagesgleichen Abrechnungsausschlüsse sind eigentlich unsinnig, weil diese Ziffern sowieso im Zeitraum von 21 Tagen postoperativ gesperrt sind.

Diese Pauschale ist übrigens gegen alle postoperativen Behandlungskomplexe im Zeitraum von 21 Tagen ausgeschlossen, nicht nur gegen die üblichen chirurgischen wie bei den anderen Pauschalen.

Im gesamten Quartal sind die in der Pauschale enthaltenen fakultativen Leistungen gesperrt, hier insbesondere immobilisierende Verbände, Punktionen und therapeutische Lokalanästhesie, sowie die „kleine“ Wundbehandlung 02310.

Die Pauschale ist in der von der KBV versandten Buch-Version nicht berichtspflichtig, im Browser der KBV dagegen doch. Auch wenn es sich um einen offenkundigen redaktionellen Fehler handelt, gilt die offizielle Version ohne Berichtspflicht.

07345 Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

18,93 €
540 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,

- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,

- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,

- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,

- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),

- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,

- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,

- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,

- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),

- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege

Abrechnungsbestimmung

Einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, des Knochens und des Gelenkknorpels C40-C41, der Haut C43-C44, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes C45-C49, der Brustdrüse C50.-, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen C73-C75, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
im Behandlungsfall	07310, 07311, 07320, 07330	

Kommentar

Die Onkologiepauschale erfordert eine ICD-codierte Diagnose aus der Gruppe C (bösartige Erkrankung). Die Pauschale kann einmal pro Schein unmittelbar neben der Grundpauschale angesetzt werden. Abgesehen von der allgemeinen, in diesen Fällen aufwendigen Betreuung der Patienten sind sonst keine wesentlichen Leistungen zu erbringen.

Die Onkologiepauschale ist nur gesperrt gegen die vier genannten chirurgischen Pauschalen, ansonsten gibt es keinerlei Ausschlüsse.

Für Chirurgen ist eine onkologische Beratung und Betreuung im Sinne regelmäßiger Kontrollen durchaus nach Excisionen histologisch gesicherter Basaliome oder Plattenepithekarzinome der Haut sinnvoll.

Das nachfolgende Kapitel Orthopädie ist für neu zugelassene Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie nach der neuen Weiterbildungsordnung relevant, da diese nicht mehr bei den Chirurgen, sondern eben im Kapitel 18 Orthopädie abrechnen.

Die meisten Positionen sind mit denen des Kapitels 7 deckungsgleich. In diesen Fällen erfolgt als Kommentar lediglich der Verweis auf das Kapitel 7. Allerdings gibt es durchaus wichtige Unterschiede, auf die jeweils hingewiesen wird.

18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen

18.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- Fachärzten für Orthopädie,

- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie

berechnet werden.

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig:

01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01722, 01783, 01800 bis 01808, 01810 bis 01813, 01950 bis 01952, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02350, 02360 und 02510 bis 02512.

3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen – zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig:

30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800 und 36884, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.7, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 36.2, 36.3, 36.5 und 36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35.

4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Kommentar

Die Präambel regelt den Zugriff auf alle Leistungen, die von Orthopäden und Fachärzten für Unfallchirurgie/Orthopädie abgerechnet werden können. Grundsätzlich gilt der jeweilige Zulassungsstatus entsprechend der Bedarfsplanung. Wer mehrere Gebietsbezeichnungen führt, kann deshalb trotzdem nicht auf andere Fachkapitel zugreifen, es sei denn, er besitzt auch eine doppelte Zulassung (z.B. für Chirurgie und Orthopädie). Die Facharztbezeichnung Unfallchirurgie und Orthopädie berechtigt nicht automatisch auch zur Abrechnung aus beiden Kapiteln 07 und 18. Voraussetzung ist eine Zulassung sowohl als Chirurg als auch als Orthopäde.

Die jeweils in der Präambel aufgelisteten Leistungen können prinzipiell genutzt werden, es ist allerdings im Einzelfall eine entsprechende Lizenz erforderlich (Ambulantes Operieren, Röntgen, Chirotherapie etc.)

Orthopäden haben einen etwas geringeren Zugang zu allgemeinen Leistungen, dafür im Gegensatz zu Chirurgen die Möglichkeit, die präventive Säuglings-Hüftsonographie abzurechnen.

18.2 Orthopädische Grundpauschalen

Grundpauschale

18210 **für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr** **17,35 €** **495 Pkt**

18211 **für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr** **18,05 €** **515 Pkt**

18212 **für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres** **20,85 €** **595 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 GOP 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der GOP 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01436	
im Behandlungsfall	01600, 01601	

Kommentar

Siehe Kommentar zu den Grundpauschalen im Kapitel 7 Chirurgie. Der einzige Unterschied besteht in einer geringeren Punktbewertung.

18.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

Grundsätzlicher Kommentar Zusatzpauschalen

(Gilt für die meisten Pauschalen, Abweichungen im jeweiligen Kommentar)
Siehe ebenfalls Kapitel 7

18310 **Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

21,38 €
610 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraarticuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht **Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 02511	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 18700	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Siehe Kommentar Kapitel 7

18311 Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)

21,55 €
615 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraarticuläre Injektionen,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht **Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 02511	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02311, 02312, 02340, 02341, 02350, 02360, 07311, 18310, 18320, 18330, 18340 und 18700	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Siehe Kommentar Kapitel 7

18320 Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren

15,95 €
455 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFvH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des BASDAI bei M. Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritiden

und/oder

- Erhebung des SLEDAI bei systemischem Lupus erythematodes und/oder
- Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und des Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 und 02301	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02340, 02341, 02360, 18310, 18311, 18330 und 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Es handelt sich um eine diagnostische Zusatzpauschale, die diagnosespezifisch durch eine der genannten Erkrankungen ausgelöst wird. Des Weiteren ist die entsprechende Dokumentation erforderlich.

Ein Kapillarmikroskop muss vorgehalten werden, auch wenn es im Einzelfall nicht gebraucht wird.

Ansonsten sind keine zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontakte verlangt, die Leistung kann unmittelbar zusammen mit der Grundpauschale abgerechnet werden.

Wohl als Folge eines redaktionellen Fehlers sind nur die Leistungen 02300 und 02301, nicht aber die Leistung 02302 in gleicher Sitzung gesperrt.

Im Behandlungsfall sind ausgeschlossen Punktionen, therapeutische Lokalanästhesie sowie alle anderen orthopädischen Zusatzpauschalen mit Ausnahme der Wirbelsäulenpauschale (18331), und der rheumatologischen Therapiepauschale (18700)

Die Leistung ist (außer als Auftrag) berichtspflichtig.

18330 Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

21,55 €
615 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplanes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

nur mit Zusatzbezeichnung Handchirurgie bzw. nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	

im Behandlungsfall	02340, 02341, 02350, 02360, 07330, 18310, 18311, 18320, 18340 und 18700
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637

Kommentar

Siehe Kommentar Kapitel 7

18331 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen

16,65 €
475 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule
und/oder
- Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik
und/oder
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 und 02301	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02360 und 18700	

Kommentar

Der Ansatz dieser Leistung ist begrenzt auf degenerative Erkrankungen, angeborene oder traumatische Störungen sind damit ausgeschlossen und müssen ggf. unter 18310 bzw. 18311 abgerechnet werden. Ebenfalls zu beachten ist der Altersbezug. Kinder bis 12 Jahre können diese Pauschale nicht auslösen. Es sind lediglich zwei Kontakte, davon nur einer persönlich, erforderlich.

Wohl als Folge eines redaktionellen Fehlers sind nur die Leistungen 02300 und 02301, nicht aber die Leistung 02302 in gleicher Sitzung gesperrt.

Es gibt auch nicht die sonst üblichen Sperren gegen die postoperativen Behandlungskomplexe in der 21-Tage-Frist, sondern nur ein Verbot, die Ziffer für die WS-Pauschale am gleichen Tag zusammen mit (wenigen) Ziffern für postoperative Behandlungen aufzuschreiben. Es genügt, auf einen anderen Tag auszuweichen.

Diese Pauschale ist nicht gesperrt gegen alle anderen fachspezifischen Zusatzpauschalen mit Ausnahme der Pauschale Rheumatherapie (18700).

Einzige weitere Sperre besteht gegen die Behandlung mit Lokalanästhetika (02360)

Das heißt, dass neben der Wirbelsäulenpauschale im gleichen Behandlungsfall auch die Bewegungsapparatspauschale angesetzt werden kann. Es gilt in diesem Fall die Regel: 2+3=3.

Für die Pauschale 18331 genügen zwei Kontakte, für die Pauschale 18311 bedarf es nur noch eines weiteren zusätzlichen Kontaktes, wenn während der ersten beiden Kontakte auch eine Behandlung wegen der Erkrankung des Bewegungsapparates erfolgt ist.

Die Leistung ist (außer als Auftrag) berichtspflichtig.

18340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

26,99 €
770 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen

und/oder

- Wunddebridement

und/oder

- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes

und/oder

- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 18340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.

Berichtspflicht	Nein

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02312 und 02313	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	02310, 02311, 02340, 02341, 02350, 02360, 18310, 18311, 18320, 18330 und 18700	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4.3

Kommentar

Siehe Kommentar Kapitel 7

18700 Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen: — 21,03 € / 600 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Rheumatoide Arthritis,
- Seronegative Spondylarthritis,
- Kollagenose,
- Myositis,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

kann nur von Fachärzten für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie berechnet werden.

Berichtspflicht	Nein

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
im Behandlungsfall	18310, 18311, 18330, 18331 und 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31601, 31602 und 31608 bis 31637	

Kommentar

Diese Pauschale ist nur für Orthopäden mit Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung Rheumatologie zugänglich.

Es handelt sich um eine rein diagnosebezogene (ICD-Verschlüsselung!) Zusatzpauschale für die Behandlung dezidiert aufgeführter Erkrankungen.

Die Pauschale kann bei diesen Diagnosen unmittelbar zusammen mit der Grundpauschale angesetzt werden. Spezielle Leistungen werden nicht gefordert.

Abrechnungsausschluss nur in gleicher Sitzung gegen die Kleinchirurgie sowie im Behandlungsfall gegen alle anderen orthopädischen Zusatzpauschalen mit Ausnahme der Rheumadiagnostik (18320)

Die Ausschlüsse gegen postoperative Behandlungskomplexe folgen der üblichen Systematik der 21-Tage-Sperre.

Die Leistung ist nicht berichtspflichtig.

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

Nur für Chirurgen, nicht für Orthopäden

Die nachfolgenden Positionen aus dem Fachkapitel Innere Medizin sind nur von Chirurgen und nur mit entsprechender Genehmigung durch die KV abrechnungsfähig. Die Genehmigung ist gebunden an fachliche und räumlich-apparative Qualifikationsvoraussetzungen. Im Falle einer entsprechenden Genehmigung können diese Leistungen unmittelbar erbracht werden, die Bedingungen der Präambel zum Kapitel 13 Innere Medizin müssen nicht erfüllt werden. Prinzipiell sind die Pauschalen der Schwerpunkte (Gastroenterologie versus Pneumonologie) gegeneinander ausgeschlossen. Da diese Ausschlüsse auch auf die jeweiligen Leistungen bezogen sind, gelten sie auch für Chirurgen.

Sämtliche Leistungen aus diesem Kapitel können additiv zu den chirurgischen Pauschalen verwendet werden, da es nur Ausschlüsse gegen andere internistische Leistungen gibt. Lediglich die Ausschlüsse einzelner allgemeiner Leistungen sind zu beachten.

Bei interventionellen Maßnahmen ist eine ggf. erforderliche Überwachung nicht gesondert abrechnungsfähig, weil dies Bestandteil des Leistungsumfangs ist.

13310 Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) derperipheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

25,06 €
715 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Intermittierende fibrinolytische Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

und/oder

- Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

Berichtspflicht	Nein

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100 und 02101	
im Behandlungsfall	01520, 01521, 01530, 01531	13.3.2 bis 13.3.8

Kommentar

Die Indikation (mindestens Stadium IIb nach Fontaine) muss vorliegen. Weitere angiologische Leistungen (Sonographie) können zusätzlich erbracht werden.

13400 Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie — 82,71 € / 2360 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

Ösophagoskopie

und/oder

- Ösophagogastroskopie

und/oder

- Ösophagogastroduodenoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Foto-/Videodokumentation(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400),
- Ureasenachweis, einschl. Kosten,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en),
- Blutstillung(en),
- Prämedikation/Sedierung

Abrechnungsbestimmung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt.

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02400, 13411, 13412	
im Behandlungsfall	13310, 13350, 13662 bis 13664, 13670	

Kommentar

Der 13C-Atemtest muss nicht vorgehalten werden; wird er erbracht, kann er nicht abgerechnet werden. Die Gastroskopie kann nicht im gleichen Quartal neben einer Bronchoskopie bzw. Thorakoskopie berechnet werden.

13401 Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400

50,82 €
1450 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung

und/oder

- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en)

und/oder

- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en)

und/oder

- Durchzugsmanometrie des Ösophagus

und/oder

- Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

Kommentar

Zusätzlich kann eine Sachkostenpauschale nach der GOP 30160 angesetzt werden.

13402 Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400

27,51 €
785 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 13423	
im Behandlungsfall	13300, 13662 bis 13664, 13670	

13410 Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung

24,36 €
695 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Bougierung des Ösophagus

und/oder

- Dehnung des unteren Ösophagussphinkters (Kardiasprengung),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- 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**	

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

13411 Einsetzen einer Ösophagusprothese

83,24 €
2375 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Einsetzen einer Ösophagusprothese,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- 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**	

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 13400	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

Kommentar

Die Gastroskopie ist Bestandteil der Leistung und kann nicht gesondert berechnet werden.

13412 Perkutane Gastrostomie — 98,13 € / 2800 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Perkutane Gastrostomie,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341 und 13400	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

Kommentar

Die Gastroskopie ist Bestandteil der Leistung und kann nicht gesondert berechnet werden.

13420 Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind — 17,70 € / 505 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en)

Abrechnungsbestimmung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13420 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302 und 02320	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

Kommentar

Die Praxis muss einen Bildwandler vorhalten mit der entsprechenden Genehmigung der KV.

13421 Zusatzpauschale Koloskopie — 175,06 € / 4325 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Probeexzision(en),
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung,
- Darstellung des terminalen Ileums

Abrechnungsbestimmung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13421 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01741, 02300 bis 02302, 02401, 13422	
im Behandlungsfall	13300, 13662 bis 13664, 13670	

Kommentar

Gelingt eine totale Koloskopie bis zum Zökum nicht, kann die Pauschale 13422 für eine Teilkoloskopie abgerechnet werden. Die präventive Koloskopie wird mit der GOP 01741 abgerechnet und muss immer vollständig erbracht werden.

13422 Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie

107,07 €
2645 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Gebührenordnungsposition 13421 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

Abrechnungsbestimmung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13422 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Berichtspflicht	Ja

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01741, 02300 bis 02302 und 13421	
im Behandlungsfall	13300, 13662 bis 13664, 13670	

13423 Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422

25,94 €
740 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en)

und/oder

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge

und/oder

- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge

und/oder

- Blutstillung(en)

Berichtspflicht	Nein

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01742, 02300 bis 02302, 13402	
im Behandlungsfall	13300, 13662 bis 13664, 13670,	

13424 Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13400, 13421 und 13422

42,06 €
1200 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.7

13662 Bronchoskopie

97,96 €
2795 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.3

13663 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13662 für**
- Fremdkörperentfernung
und/oder
- Blutstillung
und/oder
- Perbronchiale Biopsie
und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden
und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

24,01€
685 Pkt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gebührenordnungsposition 34240 und/oder 34241

Berichtspflicht	**nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 34240 und 34241	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.3

13664 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13662**

36,45 €
1040 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
im Behandlungsfall	13310, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424	

13670 **Thorakoskopie**

83,59 €
2385 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Untersuchung des Pleuraraums,
- Gewebeentnahme aus der Pleura bzw. Lunge,
- Einbringen der Drainage,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Medikamentöse Pleurodese,
- Probepunktion(en)

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsbestimmung

Die Gebührenordnungsposition 13670 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V erfüllen.

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02343	
im Behandlungsfall		13.3.1, 13.3.3

26 Urologische Gebührenordnungspositionen

Nur für Kinderchirurgen abrechnungsfähig, nicht für Chirurgen anderer Schwerpunkte oder Orthopäden

Die nachfolgenden Positionen aus dem Fachkapitel Urologie sind nur von Kinderchirurgen und nur mit entsprechender Genehmigung durch die KV abrechnungsfähig. Die Genehmigung ist gebunden an fachliche und räumlich-apparative Qualifikationsvoraussetzungen. Im Falle einer entsprechenden Genehmigung können diese Leistungen unmittelbar erbracht werden, die Bedingungen der Präambel zum Kapitel 26 Urologie müssen nicht erfüllt werden.

Sämtliche Leistungen aus diesem Kapitel können additiv zu den chirurgischen Pauschalen verwendet werden, da es keine diesbezüglichen Sperren gibt. Lediglich die Ausschlüsse einzelner allgemeiner Leistungen sind zu beachten.

Bei Leistungserbringung in Narkose kann die postoperative Überwachung nicht vom Kinderchirurgen abgerechnet werden. Ggf. ist eine Abrechnung durch den Anästhesisten möglich.

26310 Urethro(-zysto)skopie des Mannes

43,99 €
1255 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie des Mannes,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung		36.2
im Behandlungsfall	26313	

Kommentar

Neben der Blasenspiegelung können keine anderen operativen Leistungen abgerechnet werden. Die Blasendruckmessung ist im gesamten Quartal gegen die Zystoskopie ausgeschlossen.

26311 Urethro(-zysto)skopie der Frau

26,99 €
770 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie der Frau,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung		36.2
im Behandlungsfall	26313	

Kommentar

Neben der Blasenspiegelung können keine anderen operativen Leistungen abgerechnet werden. Die Blasendruckmessung ist im gesamten Quartal gegen die Zystoskopie ausgeschlossen.

26313 Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung

64,49 €
1840 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Urethro(zysto-)skopie Mann (Nr. 26310),
- Urethro(zysto-)skopie Frau (Nr. 26311),
- Urethradruckprofilmessung (Nr. 26312),
- Physikalische Funktionsteste,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	30420 und 30421	
im Behandlungsfall	26310 bis 26312 und 26340	

Kommentar

Die Blasendruckmessung beinhaltet fakultativ eine Zystoskopie, die demzufolge nicht zusätzlich abgerechnet werden kann.

26320	**Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311**	**14,90 €** **425 Pkt**

Obligater Leistungsinhalt

- Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302	36.2

Kommentar

Zusatzleistung zur Zystoskopie bei entsprechender Indikation