2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen

02100 Infusion

6,61 €
160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Infusion
- intravenös

und/oder

- in das Knochenmark

und/oder

- mittels Portsystem

und/oder

- intraarteriell
- Dauer mindestens 10 Minuten

Abrechnungsbestimmung

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

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 02120, 02330, 02331, 13310, 30708, 30710, 31501 bis 31507, 36501 bis 36507	34

Kommentar

Infusionen sind nicht neben Röntgenleistungen abrechnungsfähig, auch dann nicht, wenn die Infusion aus anderen Gründen als der Kontrastmitteleinbringung erfolgt. Es wird mit dieser GOP nur eine intravasale Infusion abgerechnet, nicht eine Spülung von Körperhöhlen. Neben operativen Leistungen aus dem Kapitel 31.2 kann wegen der dort verankerten Drei-Tage-Sperre ebenfalls keine Infusion abgerechnet werden. Die postoperative Überwachung beinhaltet einen i.v-Zugang und ist damit ebenfalls gegen die Infusion gesperrt. Lediglich bei der „Kleinchirurgie“ nach den GOP 02300 bis 02302 kann, sofern notwendig, eine Infusion abgerechnet werden.

02101 Infusionstherapie

15,60 €
445 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS)

und/oder

- Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Malignom),

und/oder

- Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten,
- Dauer mind. 60 Minuten

Abrechnungsbestimmung

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

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 02120, 02330, 02331, 13310, 30708, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	1.5, 31.5.3, 36.5.3, und 34
am gleichen Tag	31800, 31801, 36800 und 36801	

Kommentar

Es sind eindeutige Diagnosen angegeben, die in der chirurgisch/orthopädischen Praxis eher nicht vorkommen.

02110 Erste Transfusion — 21,03 € / 600 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Transfusion der ersten Blutkonserve

und/oder

- Transfusion der ersten Blutpräparation

und/oder

- Transfusion von Frischblut

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

Abrechnungsbestimmung

Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02110 berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Nein**

02111 Jede weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110

8,41 €
240 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110,

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test),

Abrechnungsbestimmung

je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut)

Berichtspflicht	**Nein**

02112 Reinfusion

6,66 €
190 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 200 ml Eigenblut oder Eigenplasma,
- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

Abrechnungsbestimmung

Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02111 berechnungsfähig.

Berichtspflicht	**Nein**

02120 Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika

11,57 €
330 Pkt

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02100, 02101 und 30750	

2.2 Tuberkulintestung

02200 Tuberkulintestung

0,88 €
25 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux
oder
- Intrakutaner TINE-Test
oder
- Testung
- kutan nach von Pirquet
oer
- perkutan nach Moro
oder
- mittels Pflaster (Hamburger-Test),

Abrechnungsbestimmung

je Test

Berichtspflicht	**Nein**

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

Die Leistungsziffern 02310 bis 02313 müssen im Zusammenhang mit der Kleinchirurgie 02300 bis 02302 sowie den chirurgischen Komplexen aus dem Kapitel 7, insbesondere der GOP 07340 betrachtet werden. Wegen der komplizierten Ausschlussregeln ist es erforderlich, genau zu schauen, was kompatibel ist und was ggf. strategisch getan werden kann, um keine unnötigen Verluste zu erleiden. Schauen Sie ggf. noch einmal im vorangegangenen Kapitel der kleinchirurgischen Ziffern nach.

02310 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

20,33 €
580 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 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 02310 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	02312, 02313, 02350	
im Behandlungsfall	02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02360, 07340, 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Der Komplex erfordert mindestens **drei persönliche** Arzt-Patienten-Kontakte im Gegensatz zur chirurgisch/orthopädischen Zusatzpauschale 07340/18340, bei denen nur mindestens **ein** persönlicher Kontakt gefordert wird. Ansonsten ist er mit diesen bezüglich der geforderten Leistungen inhaltsgleich. Es ergibt sich aus der Logik des EBM, dass mit Ansatz der „großen“ Pauschale am fünften der ggf. zuvor abgerechnete Komplex 02310 wieder aus der Abrechnung gestrichen werden muss.

Die Drei-Tages-Wundbehandlung ist im gesamten Quartal gesperrt gegen die „Kleine“ Chirurgie, Punktionen, Neuraltherapie und die Behandlung des diabetischen Fußes, nicht jedoch gegen die Ziffern der Anlage eines immobilisierenden Verbandes und auch nicht gegen die Behandlungsziffern des Ulcus cruris oder der Kompressionstherapie. Diese drei Ziffern sind nur an dem Tag, an dem die GOP 02310 aufgeschrieben wird, und kann dann zeitversetzt genutzt werden. Das bedeutet, dass man z.B. bei der Behandlung einer sekundär heilenden offenen Wunde medizinisch indiziert eine Ruhigstellung einer Extremität vornehmen kann und dies mit der GOP 02350 entsprechend des dort beschriebenen Leistungsinhalts abrechnen kann. Da es sich in diesem Fall nicht um einen Erkrankung des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Faszien) handelt, entfällt auch der Ansatz des Komplexes 07311 resp. 18311, der bekanntlich zur Streichung der Ziffer 02350 führen würde.

Ein einfaches Rechenbeispiel zeigt, wie es gehen kann:

Tag 1	02350	300 Pkt.	10,51 €
Tag 2	02350	300 Pkt.	10,51 €
Tag 3	02310	580 Pkt.	20,33 €
Summe		1180 Pkt.	41,35 €
Ggf. Tag 4	02350	300 Pkt.	10,51 €

Ggf. zusätzlich Kompressionverbände (grenzwertig und eher nur bei gleichzeitiger Behandlung der Gegenseite, da hier dezidiert ein Ulcus cruris bzw. eine chronisch venöse Insuffizienz als Indikationsvoraussetzung gefordert sind)

Der Komplex 07340 ist bewertet mit 770 Punkten, also 26,99 €. Wer jetzt allerdings wegen der Wundbehandlung fünf Kontakte herstellt, muss aufgrund der allgemeinen Bestimmungen den „großen“ Komplex ansetzen und verliert. Andererseits ist die Ziffer 02310 im Quartal gesperrt gegen die Ziffern der kleinen Chirurgie (02300 bis 02302), im Gegensatz zur 07340, die das erlaubt. Wer also einen kleinen Eingriff vornimmt, sollte die 02310 vermeiden und besser fünf Kontakte herstellen. Das gilt nicht mehr, wenn wie oben im Beispiel gezeigt, immobilisierende Verbände zur Anwendung kommen. Die wiederum sind im gesamten Quartal gesperrt, wenn der Komplex 07340 angesetzt wird und generieren im Zweifel in der Summe ein höheres Volumen.

Handelt es sich bei der Behandlung einer Wunde auch um eine Erkrankung des Bewegungsapparates, so kann am dritten Tag sowohl die GOP 02310 wie auch die entsprechende Pauschale 07311 bzw. 18311 (bei Kindern 07310 resp. 18310) angesetzt werden. In diesem Fall muss die Ziffer 02350 für die immobilisierenden Verbände allerdings gestrichen werden.

An dieser Stelle sei noch einmal ein grundsätzlicher Hinweis erlaubt: Jede Abrechnungsoptimierung findet ihre Grenze am limitierten Regelleistungsvolumen. Es macht also wenig Sinn, Akrobatik zu betreiben, die am Ende doch nicht bezahlt wird. Andererseits ist es auch wichtig, dass wir unsere Leistungsbreite ausreichend durch entsprechende Abrechnungsziffern dokumentieren. Leider setzt dies im konkreten Fall die subtile Kenntnis der jeweiligen Ausschlussregeln voraus, um nicht durch falsche Anwendung Honoraransprüche zu verlieren.

Die Behandlung des Ulcus cruris, des diabetischen Fußes und eine Kompressionsbehandlung ist aufgrund der Anmerkung als Diagnose nicht zugänglich und muss unter anderen Ziffern abgerechnet werden (siehe auch Kommentar zu den Ziffer 07340 und 18340).

Es besteht eine Sperre im Zeitraum von 21 Tagen gegen alle

Zusammenfassung

Bei der reinen Wundbehandlung wird in der chirurgischen Praxis am ersten Behandlungstag die Grundpauschale und an allen weiteren Tagen nichts angesetzt. Am dritten Tag wird dann die Ziffer 02310 aufgeschrieben, die am fünften Tag gelöscht und durch die Ziffer 07340 bzw. 18340 ersetzt wird. Alle weiteren Kontakte haben keine Leistungsziffer mehr.

Im Falle weiterer Leistungen gilt:

- Eine weitere Zusatzpauschale aus dem Kapitel 07 (18) löscht die Fünf-Tages-Ziffer, aber nicht die Drei-Tages-Ziffer.
- Ein kleiner operativer Eingriff (02300 bis 02302) löscht die Drei-Tages-Ziffer, die Fünf-Tages-Ziffer ist aber nur am fünften Tag gesperrt, ansonsten abrechnungsfähig.
- Die Anlage eines fixierenden Verbandes nach GO-Nr. 02350 ist beim Fünf-Tages-Komplex nicht möglich, beim Drei-Tages-Komplex dagegen schon, nur nicht am dritten Tag.

02311 Behandlung des diabetischen Fußes

13,84 €
395 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß,
- Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verband,

Abrechnungsbestimmung

je Bein, je Sitzung

wenn der Vertragsarzt - im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02313, 02350, 02360, 30500 und 30501	
im Behandlungsfall	02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 18310, 18311 und 18340	

Kommentar

Diese Leistung ist für die Wenigsten zugänglich, da sie eine Genehmigung der KV voraussetzt, die an den Nachweis von jeweils 100 behandelten Diabetikern (nicht diabetischer Füße) im Durchschnitt der letzten vier Quartalen gebunden ist. Wer diesen Nachweis führen kann, sollte den entsprechenden Antrag stellen und kann dann die Zf. 02311 ohne Mengenbegrenzung als Einzelleistung erbringen. Es gelten allerdings die Ausschlüsse im Quartal gegen die Extremitätenpauschalen und den Fünf-Tages-Wundbehandlungskomplex aus den Kapiteln Chirurgie und Orthopädie, sowie in gleicher Sitzung gegen die kleinchirurgischen- und Verbandsleistungen des Kapitel 02.3. Ebenfalls in gleicher Sitzung gesperrt sind die Ziffern aus dem Kapitel Phlebologie.

Wer keine Genehmigung besitzt, darf diese Leistung nicht abrechnen, kann das aber natürlich über die GOP 02310 bzw. 07340 (18340) tun. In diesem Fall darf die Behandlung aber keinesfalls unter der Diagnose „diabetischer Fuß“ erfolgen, da hierfür die Ziffer 02311 exclusiv vorgesehen ist. Der ICD-Schlüssel bietet genügend Ausweichmöglichkeiten, ohne die Realität zu verbiegen (Abszess, Phlegmone, Wundheilungsstörung etc.)

02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris

5,43 €
155 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden,
- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,
- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Thromboseprophylaxe,
- Teilbäder,

Abrechnungsbestimmung

je Bein, je Sitzung

Die GOP 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 12.000 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02310, 02350, 02360, 07340, 18340	
am gleichen Tag		
im Behandlungsfall	02300 bis 02302, 02311, 07310, 07311, 18310 und 18311	

Kommentar

Siehe Kommentar zu folgender GOP 02313

02313 Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem

5,61 €
160 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

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

Abrechnungsbestimmung

je Bein, je Sitzung

Die GOP 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 12.000 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

Berichtspflicht	**Ja, außer bei Auftrag**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02310, 02311, 02350, 07340, 18340 und 30501	

Kommentar

Beide Leistungen sind reine Einzelleistungen, die zu den in der Legende explizit aufgeführten Diagnosen angesetzt werden. Beide Leistungen sind nicht gegeneinander gesperrt, besitzen aber den gleichen obligaten Leistungsinhalt (Kompressionstherapie bzw. entstauender phlebologischer Funktionsverband). Das bedeutet, dass sie nicht am gleichen Bein in gleicher Sitzung parallel abgerechnet werden können, wohl aber an zwei verschiedenen Beinen oder zeitversetzt im Quartal. Beide Leistungen sind im Quartal mit einer Höchstpunktzahl pro Leistung von 12000 Punkten abrechenbar, dass entspricht jeweils 75 Ansätzen!

Beide Leistungen sind grundsätzlich berichtspflichtig, es sei denn, es handelt sich um reine Auftragsleistungen.

Die Behandlungsziffer des Ulcus cruris (02312) ist im Quartal gesperrt gegen die Zusatzpauschalen für die Behandlung des Bewegungsapparates (07310 und 07311, bzw. 18310 und 18311) sowie vollständig gegen die „Kleinchirurgie“ (02300 bis 02302), gegen den diabetischen Fuß und gegen den fixierenden Verband. Gegen die Wundbehandlungskomplexe (drei und fünf Sitzungen) besteht nur eine Sperre am Tage der Sitzung.

Die Kompressionstherapie (02313) ist dagegen in Quartal nur gegen den fixierenden Verband gesperrt, ansonsten neben anderen Leistungen abrechnungsfähig. Es besteht lediglich eine Sperre in der Sitzung, also einmalig, gegen die Wundbehandlungskomplexe (drei Tage und fünf Tage) sowie gegen die Varizenverödung. Die Wundkomplexe können aber sowieso unter der Diagnose, die eine Kompressionstherapie begründet, nicht angesetzt werden.

Man kann also beliebig oft die jeweilige Ziffer ansetzen, nur einmal nicht, nämlich am Tag des Ansatzes der GOP 02310 bzw. 07340 (18340).

Bei der Behandlung des Ulcus cruris müssen zu Beginn und dann alle vier Wochen Photos angefertigt werden, bei der Kompressionstherapie ist es erforderlich, in gleichen Zeitabständen Umfangsmessungen vorzunehmen und zu dokumentieren.

02320 Einführung einer Magenverweilsonde

4,38 €
125 Pkt

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 13412, 13420,	

02321 Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters

12,44 €
355 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 02300 bis 02302, 02322, 02340, 02341	

02322 Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters

5,08 €
145 Pkt

Nur für Chirurgen Abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 02300 bis 02302, 02321, 02323, 02340, 02341	

02323 Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters

6,83 €
195 Pkt

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 02300, 02322	36.3

Kommentar

Im Gegensatz zu suprapubischen Kathetern ist der einfache Blasenkatheter in gleicher Sitzung auch gegen die Leistungen der postoperativen Überwachung gesperrt.

02330 Blutentnahme durch Arterienpunktion

5,43 €
150 Pkt

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 02100, 02101, 02300, 02331, 02340, 02341, 34283 bis 34287	

02331 Intraarterielle Injektion

7.36 €
210 Pkt

Berichtspflicht **Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 01857, 02100, 02101, 02300 bis 02302, 02330, 02340, 02341, 34283 bis 34287	

Punktionen

Zusammenfassender Kommentar

Punktionen sind im Behandlungsfall vollständig gesperrt gegen fast alle chirurgisch/orthopädischen Zusatzpauschalen aus den Kapiteln 07 und 18 mit Ausnahme der GOP 07345 (Onkologie), 18331 (Wirbelsäule) und 18700 (Rheumabehandlung). Ebenfalls im gesamten Quartal ist die Berechnung der Punktion beim Ansatz der Wundbehandlungsziffer 02310 verboten.

Während der Laufzeit der postoperativen Behandlungskomplexe von 21 Tagen sind ebenfalls keine Punktionen abrechnungsfähig.

In gleicher Sitzung sind Punktionen gesperrt gegen die „kleine“ Chirurgie, gegen den suprapubischen Blasenkatheter und im Prinzip gegen alle Leistungen, bei denen einen Punktion zur Leistungserbringung erforderlich ist (Bestandteil der Leistung). Selbstverständlich sind die Punktionen wie alle anderen Leistungen gegen Operationen des Kapitels 31.2 gesperrt.

Für Chirurgen ist die Abrechnung einer Punktion nur möglich, wenn nicht im gleichen Quartal ein chirurgischer Behandlungskomplex ausgelöst wird, z.B. am Ende eines Quartals, wenn die vorgeschriebene Zahl der Patientenkontakte nicht mehr erreicht wird. Ausnahme sind Punktionen von Schleimbeuteln und suprafaszialen Hämatomen, da hier auch bei mehrfachen Behandlungskontakten die Zusatzpauschale nicht fällig wird, da es sich eben nicht um Erkrankungen des Bewegungsapparats handelt. Bei der Kniegelenkspunktion gibt es keine Chance, weil es sich hier eindeutig um eine Gelenkserkrankung handelt. Bei Bursitiden kann über die Summe von Punktionen und immobilisierenden Verbänden ein höheres Volumen erreicht werden als durch den Ansatz der Zusatzpauschale Bewegungsapparat. Die kann man unter der Diagnose Prellung dann nehmen, wenn zwar drei Kontakte erfolgt sind, aber dabei keine wesentlichen Leistungen angefallen sind.

Punktionsleistungen sind neben der Anlage eines fixierenden Verbandes nach der GOP 02350 möglich.

Die Lumbalpunktion ist für Chirurgen und Orthopäden grundsätzlich überhaupt nicht abrechnungsfähig. Für diese Leistung gibt es eine eigenständige GOP 02342, die aber in den Präambeln der Kapitel Chirurgie und Orthopädie nicht als abrechnungsfähig aufgeführt ist. Da die Lumbalpunktion auch nicht in der Legende der beiden Punktionen I und II erwähnt ist, kann sie auch nicht über diese Ziffern abgerechnet werden. Sie fällt somit unter die im Anhang 1 aufgeführte „Absaugung körpereigener Flüssigkeit“ und ist damit Bestandteil der Grundpauschale.

Achtung

Die Abrechnung der Kniegelenkspunktion sowie insgesamt drei Behandlungskontakte bei entsprechender Diagnose verpflichtet zum Ansatz der Komplexziffer 07310 bzw. 07311 und führt damit automatisch zur Streichung der GO-Position 02340/02341.

Kleine Punktionen (I) sind nicht berichtspflichtig, größere Punktionen (II) sind grundsätzlich berichtspflichtig.

02340 Punktion I

4,56 €
130 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Punktion der/des
- Lymphknoten
und/oder
- Schleimbeutel
und/oder
- Ganglien
und/oder
- Serome
und/oder
- Hygrome
und/oder
- Hämatome
und/oder
- Wasserbrüche (Hydrocelen)
und/oder
- Ascites
und/oder
- Harnblase
und/oder
- Pleura-/Lunge
und/oder
- Schilddrüse
und/oder
- Prostata
und/oder
- Speicheldrüse

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 13412, 13662, 13663, 13670, 34235, 34236, 34500 bis 34503	
im Behandlungsfall	02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Im Wesentlichen Weichteilpunktionen. Dieser Punktionstyp ist nicht berichtspflichtig.

02341 Punktion II — 11,57 € / 330 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Punktion der/des
- Mammae

und/oder

- Knochenmarks

und/oder

- Leber

und/oder

- Nieren

und/oder

- Pankreas

und/oder

- Gelenke

und/oder

- Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum

und/oder

- Hodens

und/oder

- Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit

und/oder

- Milz

Berichtspflicht **Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01220 bis 01222, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 13412, 13662, 13663, 13670, 34235, 34236, 34500 bis 34503	
im Behandlungsfall	02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Höherwertige Punktionen, die berichtspflichtig sind. Bei der Punktion intraabdominaler Organe kann ggf. zusätzlich die Überwachungsziffer 01510 bis 01512 angesetzt werden.

02343 Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder nichtoperative Pleuradrainage

25,41 €
725 Pkt

Nur für Chirurgen abrechnungsdähig, nicht für Orthopäden

Obligater Leistungsinhalt

- Entlastungspunktion des Pleuraraums und Gewinnung von mindestens 250 ml Ergußflüssigkeit

und/oder

- Nichtoperative Anlage einer Pleuradrainage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Berichtspflicht	**Ja**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02340, 02341, 13662, 13663, 13670, 34502, 34503	

02350 Fixierender Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien

10,51 €
300 Pkt

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02310 bis 02313	
am gleichen Tag	31614 bis 31621	
im Behandlungsfall	07310, 07311, 07330, 07340, 18310, 18311, 18330, 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2	31600 und 31614 bis 31621	

Kommentar

Die Legende der Ziffer beschreibt alle Verbände, die mindestens ein großes Gelenk erfassen und mit nicht wiederverwendbaren, unelastischen Materialien gefertigt werden. Das sind Gips- und Castverbände (Schienen oder zirkulär), Tapeverbände und Zinkleimverbände. Nicht unter die Definition fallen Fertigschienen, Orthesen, elastische Verbände und sonstige Wundverbände.

Die Ziffer ist im Quartal gesperrt gegen die Zusatzpauschalen der Kapitel 07 und 18 mit Ausnahme der visceralchirurgischen Pauschale (07320), der Wirbelsäulenpauschale (18331) und der Rheumapauschalen (18320 und 18700).

Im Zeitraum von 21 Tagen postoperativ ist die Ziffer gesperrt nur gegen die postoperativen Leistungskomplexe 31614 bis 31621, die einem Eingriff an den Extremitäten, Knochen und Gelenken und einigen visceralchirurgischen Operationen zugeordnet sind. Der Abrechnungsausschluss der gleichen Ziffern am Behandlungstag macht keinen Sinn, da der 21-Tage-Zeitraum bereits die Sperre begründet.

Eine Sperre nur in gleicher Sitzung erfolgt gegen die Ziffern der „Kleinchirurgie“ und gegen die Wundbehandlungsziffern 02310 bis 02313, das heißt, diese Leistungen können an jedem Tag angesetzt werden mit Ausnahme des einen Tages, an dem ein fixierender Verband angelegt wird.

Das bedeutet, dass ein Unfallpatient mit einer Fraktur und mehreren Wunden die Auswahl verlangt, ob die Gips-Ziffer (300 Pkt) oder die Wundversorgung (160-675 Pkt, ggf. mehrfach) angesetzt wird. Bereits bei zwei zu versorgenden Schürfwunden ist die Entscheidung zugunsten der Wundversorgung zu treffen.

Achtung

Die Abrechnung der Verbandsziffer sowie insgesamt drei Behandlungskontakte bei entsprechender Diagnose (Erkrankung des Bewegungsapparates) verpflichtet zum Ansatz der Pauschale 07310/18310 bzw. 07311/18311 und führt damit automatisch zur Streichung der GOP 02350.

Im Zusammenhang mit einer Wundheilungsstörung, die eine Ruhigstellung mittels Gipsschiene erfordert, ist nur der kleine Komplex 02310, nicht aber die chirurgisch/orthopädische Pauschale 07340/18340 parallel abrechenbar. (siehe hierzu auch Kommentar zur GOP 02310)

Die Ziffer ist nicht berichtspflichtig.

02360 Behandlung mit Lokalanästhetika

9,29 €
265 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Anwendung von Lokalanästhetika
- zur Behandlung funktioneller Störungen und/oder
- zur Schmerzbehandlung,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

Leistungen	Kapitel

in gleicher Sitzung	02300 bis 02302, 02311, 02312, 34503	
im Behandlungsfall	02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340	
Im Zeitraum von 21 Tagen nach ambulanter OP aus Kapitel 31.2		31.4

Kommentar

Die Ziffer erfordert mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte. Damit ist sie für die chirurgisch/orthopädische Abrechnung kaum zu verwenden, da die therapeutische Lokalanästhesie in der Regel eine Diagnose voraussetzt, die eine Erkrankung des Bewegungsapparates beschreibt und damit ebenfalls am dritten Kontakttag die entsprechenden Zusatzpauschale 07310/18310 bzw. 07311/18311 auslöst. Diese muss obligat angesetzt werden und sperrt die Ziffer 02360. Neben der Quartalssperre gegen alle chirurgisch/orthopädischen Zusatzpauschalen mit Ausnahme der Rheumabehandlung 18700 ist die Neuraltherapie noch im Quartal gegen den kleinen Wundbehandlungskomplex 02310 gesperrt.

Die „Kleine“ Chirurgie sowie die Ziffern für die Behandlung Ulcus cruris und Kompressionstherapie sind nur in gleicher Sitzung gesperrt, können also zeitversetzt in Ansatz gebracht werden. Ebenfalls in gleicher Sitzung ist die Ziffer gegen die BV-gestützte Intervention an der Wirbelsäule gesperrt.

Die Ziffer ist nicht berichtspflichtig.

2.4 Diagnostische Verfahren, Tests

Die Leistungen des Kapitel 2.4 sind nur für Chirurgen abrechnungsfähig, nicht für Orthopäden

02400 Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests ohne Analyse nach der Gebührenordnungsposition 32315

2,28 €
65 Pkt

Abrechnungsbestimmung

Die GOP 02400 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulcuserkrankung.

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	13400 und 32706	

Kommentar

Es kann zusätzlich die Sachkostenpauschale 40154 berechnet werden.

02401 H2-Atemtest, einschl. Kosten

10,69 €
305 Pkt

Obligater Leistungsinhalt

- Mehrere Probenentnahmen,
- Mehrere Messungen der H2-Konzentration,
- Zeitbezogene Dokumentation der Messergebnisse

Berichtspflicht	**Nein**

Abrechnungsausschluss

	Leistungen	Kapitel
in gleicher Sitzung	01741, 13421	