

Überblick über Abrechnungsziffern in der allgemeinmedizinischen Praxis



Allgemeine bzw. zusätzliche Abrechnungsziffern (ohne Genehmigung) für den Hausarzt

Gebührenordnungspositionen in der allgemeinmedizinischen Praxis (Kapitel 3)

Spezielle Abrechnungsziffern (mit Genehmigung)

Allgemeine Hinweise für die Abrechnung

Allgemeine bzw. zusätzliche Abrechnungsziffern (keine Genehmigung erforderlich)

Kapitel 1.4 – Besuche

- **01410 – Besuch eines Kranken**
- **01411 – Dringender Besuch I**
 - zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr *oder*
 - an Wochenenden und Feiertagen zwischen 7:00 und 19:00 Uhr
- **01412 – Dringender Besuch II**
 - zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr *oder*
 - an Wochenenden und Feiertagen zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr *oder*
 - bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis
- **01413 – Besuch eines weiteren Kranken**
- **01415 – Dringender Besuch eines Patienten in beschützten Wohnheimen/
Einrichtungen/Pflegeheimen/Altenheimen**
 - noch am Tag der Bestellung ausgeführt

Kapitel 1.4 – Verwaltungskomplex, Bereitschaftspauschale, Organspende

- **01430 – Verwaltungskomplex**
 - Ausstellung Wiederholungsrezept *oder* Überweisungsschein *oder* Befundübermittlung im Auftrag des Arztes
 - alleinige Leistung, nur im Zusammenhang mit der 01431 (Zusatzbefüllung ePA ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal) möglich
- **01431 – Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zur GOP 01430/01435/01820**
 - bis 31.12.2026 berechnungsfähig
- **01435 – Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale**
 - Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten
 - alleinige Leistung, nur im Zusammenhang mit der 01431 (Zusatzbefüllung ePA ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal) möglich
- **01480 – Beratung Organspende**
 - alle 2 Kalenderjahre ab dem vollendeten 14. Lebensjahr, bis 31.12.2026

Kapitel 1.6 – elektronische Patientenakte

■ 01647 – Zusatzpauschale ePA-Folgebefüllung

- 1x im Behandlungsfall, bis 31.12.2026
- nur im Zusammenhang mit der Versichertenpauschale im Behandlungsfall
- 01647 und 01648 schließen sich gegenseitig im Behandlungsfall aus

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen Kapitel
im Behandlungsfall **01648**

■ 01648 – Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung

- einmalig je Versicherten
- ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt möglich (keine Versichertenpauschale notwendig)
- bis 31.12.2026

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen Kapitel
im Behandlungsfall **01647**

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

- **02300 – Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation**
 - beinhaltet einen operativen Eingriff mit bis zu 5 Minuten Dauer
und/oder
 - Primäre Wundversorgung
und/oder
 - Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen

 - 1x am Behandlungstag, bei mehreren Wunden auch bis zu 5x am Behandlungstag berechnungsfähig
(*lt. Präambel 2.3 EBM: Lokalisation und verschiedene ICD-Codes angeben, bei Mehrfachabrechnung T01.- Diagnose erforderlich*)

 - nicht für postoperative Behandlung berechnungsfähig

 - auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

- **02301 – Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht**
 - beinhaltet primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis 12 Jahre (ohne Naht)
und/oder
 - Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber
und/oder
 - Operative Entfernung einer unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers durch Schnitt
und/oder
 - Öffnung einer Körperkanalverschlusses oder Eröffnung eines Abszesses
und/oder
 - Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie

 - 1x am Behandlungstag, bei mehreren Wunden auch bis zu 5x am Behandlungstag berechnungsfähig
(*lt. Präambel 2.3 EBM: Lokalisation und verschiedene ICD-Codes angeben, bei Mehrfachabrechnung T01. Diagnose erforderlich*)

 - auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

- **02302 – Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht**
 - beinhaltet primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis 12 Jahre
und/oder
 - Emmert-Plastik
und/oder
 - Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

 - 1x am Behandlungstag, bei mehreren Wunden auch bis zu 5x am Behandlungstag berechnungsfähig
(*lt. Präambel 2.3 EBM: Lokalisation und verschiedene ICD-Codes angeben, bei Mehrfachabrechnung T01.- Diagnose erforderlich*)

 - auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

■ **02310 – Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)**

- 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 notwendig

- 1x im Behandlungsfall

- mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte notwendig

- auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

- **02312 – Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris**
 - Abtragung von Nekrosen
 - Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden
 - Entstauende phlebologische Funktionsverbände
 - Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen
 - je Bein und je Sitzung berechnungsfähig
 - auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Abrechnungsausschlüsse

	Leistungen											
im Behandlungsfall	02300	02301	02302	02311	07310	07311	10340	10341	10342	18310	18311	30214
in derselben Sitzung	02310	02350	02360	07340	10330	18340						

Kapitel 2.3 – Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

- **02313 – Kompressionstherapie bei chronisch venöser Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem**
 - Kompressionstherapie
 - Dokumentation des Beinumfangs an mindestens 3 Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen
 - je Bein und je Sitzung berechnungsfähig
 - auf Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse achten

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen

in derselben Sitzung

02310

02311

02350

07340

10330

18340

30214

30501

Kapitel 31 – OP-Vorbereitung und OP-Nachsorge

- **31010 – Operationsvorbereitung bis zum 12. Lebensjahr**
 - 1x im Behandlungsfall
- **31011 – Operationsvorbereitung bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr**
 - 1x im Behandlungsfall
- **31012 – Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 40. Lebensjahres**
 - 1x im Behandlungsfall
 - Ruhe-EKG ist obligater Leistungsinhalt (zwingend zu erbringen)
- **31013 – Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres**
 - 1x im Behandlungsfall
 - Ruhe-EKG sowie Laboruntersuchungen sind obligater Leistungsinhalt (32125 und/oder 32110-32116)
- **31600 – Postoperative Behandlung durch den Hausarzt**
 - nur auf Überweisung innerhalb von 21 Tagen nach OP berechnungsfähig

Gebührenordnungspositionen in der allgemeinmedizinischen Praxis

Kapitel 3 - Hausärztliche Versichertenpauschalen

- **03000 – 03005 = Versichertenpauschale**
- **03008 – Zuschlag Terminvermittlung Facharzt (bis 31.12.2026)**
 - muss von Praxis gesetzt werden
 - Angabe der BSNR der vermittelten Facharztpraxis
- **03010 – Zuschlag TSS-Terminvermittlung (bis 31.12.2026)**
 - wird durch die KV automatisch gesetzt, wenn der Behandlungsschein im PVS korrekt gekennzeichnet ist
 - erfolgt selten z.B. wenn Patient umgezogen ist und noch keinen neuen Hausarzt hat
- **03020 – Zuschlag Hygiene**
 - wird durch die KV automatisch gesetzt
- **03030 – Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme**
 - im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415 ohne weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal (keine Versichertenpauschale nach Nr. 03001 – 03005)

Kapitel 3.2.1.2 - Versorgungsspezifische Vorhaltung, Verah

- **03040 – 03042 = Vorhaltepauschale**
 - wird durch KV automatisch gesetzt für die Erfüllung der Kriterien nach § 87 Abs. 2q Satz 3 SGB V
- **03060 – 03061 = Zuschlag für nichtärztliche Praxisassistenten**
 - wird durch KV automatisch gesetzt
- **03062 – ärztlich angeordnete Hilfeleistung anderer Personen**
 - Aufsuchen eines Patienten in der Häuslichkeit / Alten- oder Pflegeheimen / in anderen beschützenden Einrichtungen
- **03063 – ärztlich angeordnete Hilfeleistung anderer Personen für einen weiteren Patienten**
 - Aufsuchen eines Patienten in der Häuslichkeit / Alten- oder Pflegeheimen / in anderen beschützenden Einrichtungen
- **03064 – 03065 = Zuschläge zur GOP 03062 und 03063**
 - wird durch KV automatisch gesetzt

Kapitel 3.2.2 - Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

- **03220 – Zuschlag zur VP für die Behandlung / Betreuung eines Chronikerpatienten**
 - Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung
 - beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal
 - 1x im Behandlungsfall

- **03221 – Zuschlag zur 03220 für die intensive Behandlung / Betreuung eines Chronikerpatienten**
 - mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal
 - 1x im Behandlungsfall

- **03222 – Zuschlag zur 03220**
 - wird durch die KV automatisch gesetzt

- **03230 – Problemorientiertes ärztliches Gespräch**
 - aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung
 - Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer
 - je vollendete 10 Minuten berechnungsfähig

Kapitel 3.2.3 - Besondere Leistungen

- **03241 – Computergestützte Auswertung eine kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG**
 - Aufzeichnung von mindestens 18 Stunden
 - nur mit Genehmigung der KV berechnungsfähig

- **03242 – Testverfahren bei Demenzverdacht**
 - mittels standardisierte Testverfahren
 - bis zu 3x im Behandlungsfall
 - *Abrechnungsausschluss*: 03360 (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) im Behandlungsfall

- **03321 – Belastungs-EKG**
 - wiederholte Blutdruckmessung = obligater Leistungsinhalt

- **03322 – Aufzeichnung eines Langzeit-EKG**
 - Aufzeichnung mindestens 18 Stunden
 - nur mit Genehmigung der KV berechnungsfähig

Kapitel 3.2.3 - Besondere Leistungen

- **03324 – Langzeitblutdruckmessung**
 - Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden
 - Leistung erst bei Auswertung durch den Arzt berechnungsfähig

- **03330 – Spirographische Untersuchung**
 - Ausschluss am Behandlungstag: 31013 (OP-Vorbereitung ab 60 Jahre, Spirographie ist fakultativer Inhalt)

- **03331 – Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex**
 - auf Abrechnungsausschlüsse und Leistungsinhalt achten

Leistungen

in derselben
Sitzung

02300 02301 02302 04516 08333 13257
30600

im Behandlungsfall

13250

Kapitel 3.2.4 - Hausärztliche geriatrische Versorgung

■ Präambel beachten

1. Die Gebührenordnungspositionen **03360** und **03362** sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)

und

- Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen eines Pflegegrades
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
 - Dysphagie,
 - Inkontinenz(en),
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

oder

- Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen **03360** und **03362** setzt die Angabe eines ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM voraus, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.

Kapitel 3.2.4 - Hausärztliche geriatrische Versorgung

■ 03360 – Hausärztliches - geriatrisches Basisassessment

- 1x im Behandlungsfall, aber höchstens 2x im Krankheitsfall (2x innerhalb eines Jahres)
- auf Abrechnungsausschlüsse und Leistungsinhalt achten, Geriatrieziffern und Palliativziffern schließen sich in derselben Sitzung aus

Leistungen

im Behandlungsfall 01613 03242

in derselben Sitzung 03370 03371 03372 03373 30984 37300 37302 37305 37306 37711 37800

■ 03362 – Hausärztlich – geriatrischer Behandlungskomplex

- 1x im Behandlungsfall
- neben der Versichertenpauschale mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal notwendig, um 03362 abrechnen zu können (Anmerkung beachten)

Anmerkung

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 neben der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000 oder 03030 ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Kapitel 3.2.5 - Palliativmedizinische Versorgung

■ Präambel beachten

1. Die Gebührenordnungspositionen **03370** bis **03373** sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.
2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen **03371**, **03372** und **03373** sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen **03370** bis **03373** sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i. V. m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

Kapitel 3.2.5 - Palliativmedizinische Versorgung

- **03370 – Palliativmedizinische Ersterhebung des Patienten inkl. Behandlungsplan**
 - 1x im Krankheitsfall
 - auf Abrechnungsausschlüsse achten = Geriatrieleistungen und Palliativleistungen schließen sich gegenseitig aus in derselben Sitzung
- **03371 – Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmedizinische Betreuung in Arztpraxis**
 - Dauer mindestens 15 Minuten
 - 1x im Behandlungsfall
- **03372 – Zuschlag zur 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit**
 - Dauer mindestens 15 Minuten
 - je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig
- **03373 – Zuschlag zur 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit**
 - je Besuch

1.7.1 – Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern

Leistung lt. EBM	Zeitraum
• 01711 (U1)	• unverzüglich nach Geburt
• 01712 (U2)	• 3. – 10. Lebenstag
• 01721 (Besuch im Rahmen der U1 / U2)	
• 01713 (U3)	• 4. – 5. Lebenswoche
• 01722 (Sonographie Säuglingshüfte im Rahmen der U3)	• genehmigungspflichtig
• 01714 (U4)	• 3. – 4. Lebensmonat
• 01715 (U5)	• 6. – 7. Lebensmonat
• 01716 (U6)	• 10. – 12. Lebensmonat
• 01717 (U7)	• 21. – 24. Lebensmonat
• 01723 (U7a)	• 34. – 36. Lebensmonat
• 01718 (U8)	• 46. – 48. Lebensmonat
• 01719 (U9)	• 60. – 64. Lebensmonat
• 01720 (J1)	• 13. – 14. Lebensjahr

Kapitel 1.7.2 – Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

- **01731 – Krebsfrüherkennungs – Untersuchung beim Mann (Prostata)**
 - ab 45 Jahre, 1x jährlich

- **01732 – Gesundheitsuntersuchung beim Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr**
 - einmalig ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis vollendeten 35. Lebensjahr (ohne Laborleistungen)
 - ab 35. Lebensjahr alle 3 Jahre möglich (zusätzlich Labor 32880, 32881, 32882)

- **99022 – Erweiterter Check up**
 - einmalig ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis vollendeten 35. Lebensjahr (ohne Laborleistungen)
 - ab 35. Lebensjahr alle 2 Jahre möglich (ohne Labor 32880, 32881, 32882 = bereits Leistungsinhalt)
 - nur bei Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus, IKK BIG gesund direkt, die im Hausarztprogramm eingeschrieben sind

- **01734 – Screening auf Hepatitis B und / oder C - Virusinfektion**
 - Zuschlag zur 01732
 - 1x je Versicherten ab dem 35. Lebensjahr

Kapitel 1.7.2 – Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

- **01737 – Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems**
 - zwischen 50 Jahre und 54 Jahre 1x jährlich, ab 55 Jahre alle 2 Jahre oder Anspruch auf Koloskopie
 - auf obligaten Leistungsinhalt achten

- **01740 – Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms**
 - einmalige Beratung frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres

- **01745 – Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs**
 - alle 2 Jahre, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr
 - nur mit Genehmigung der KV berechnungsfähig

- **01746 – Zuschlag zur 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs**
 - alle 2 Jahre, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr
 - Check up und Hautkrebsvorsorgeuntersuchung erfolgen zusammen
 - nur mit Genehmigung der KV berechnungsfähig

Kapitel 1.7.2 – Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen

- **01747 – Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen**
 - nur bei männlichen Patienten ab 65 Jahre einmalig berechnungsfähig
 - für das Aufklärungsgespräch ist keine Genehmigung erforderlich
 - für die Sonographie kann der Patient auch zu einem anderen Arzt überwiesen werden, sollte diese nicht in der eigenen Praxis möglich sein

- **01748 – Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen**
 - nur mit Genehmigung Sonographie Abdomen berechnungsfähig
 - nur bei männlichen Patienten ab 65 Jahre einmalig berechnungsfähig

Spezielle Abrechnungsziffern (Genehmigung zwingend erforderlich)

KV-eigene Leistungen - Früherkennungsuntersuchungen Kinder

- **für diese Früherkennungsuntersuchungen wurden mit einzelnen Krankenkassen Sonderverträge geschlossen**
 - für die Abrechnung dieser Leistungen ist eine Teilnahmeerklärung für die Vereinbarung mit der jeweiligen Krankenkasse notwendig (AOK Sachsen-Anhalt / IKK gesund plus / Techniker Krankenkasse / Knappschaft)
- **81102 (U10)**
 - 7. – 8. Lebensjahr
 - wird demnächst im EBM aufgenommen
- **81120 (U11)**
 - 9. – 10. Lebensjahr
- **81120 (J2)**
 - 16. – 17. Lebensjahr

Altersgruppen lt. EBM (Allgemeine Bestimmungen 4.3.5)

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebensstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Heranwachsender ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres

Kapitel 33 – Sonographie

Sonographie in der Praxis:

- **33012 – Schilddrüsen-Sonographie**
- **33042 – Abdominelle Sonographie**
- **33051 – Sonographie Säuglingshüfte**
- **33052 – Sonographie des Schädels durch die Fontanelle**
- **33053 – Fraktursonographie bei Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr**
- **01722 – Sonographie Säuglingshüfte im Zusammenhang mit U3**

Kapitel 35 – Psychosomatische Grundversorgung

- **35100 – Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände**
 - Dauer mindestens 15 Minuten
 - Schriftlicher Vermerk in der Patientenakte über ätiologische Zusammenhänge
 - Verdachtsdiagnose aus dem psychosomatischen Bereich erforderlich (F-Diagnose)

- **35110 – Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen**
 - Dauer mindestens 15 Minuten
 - gesicherte Diagnose aus dem psychosomatischen Bereich erforderlich (F-Diagnose)

Allgemeine Hinweise für die Abrechnung

Allgemeine Hinweise für die Abrechnung

- **bei allen abgerechneten Leistungen auf die LANR achten**
 - bei genehmigungspflichtigen Leistungen kann eine Streichung der Leistungen die Folge sein, wenn diese über den falschen Arzt abgerechnet wurden
- **Patienten, die über das Sozialamt versichert sind**
 - vom Sozialamt ausgestellte Behandlungsscheine müssen bei der Abrechnung immer im Original eingereicht werden
 - auf Abrechnungshinweise des Sozialamtes achten (z.B. Unterschrift + Stempel der Praxis, Gültigkeit des Scheins)
 - bei SVA-Patienten gehen die Originalunterlagen direkt zur Kasse, Kopien der Unterlagen werden mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV eingereicht
- **Hausarztvermittlung / TSS-Terminvermittlung**
 - sowohl für HA-Vermittlung als auch TSS-Terminvermittlung ist eine Überweisung notwendig
 - die Terminvereinbarung beim HA-Vermittlungsfall erfolgt durch den HA, nicht durch den Patienten
 - eine Vermittlung innerhalb derselben Praxis / desselben MVZ ist nicht möglich
 - bei korrekter Kennzeichnung des Behandlungsscheins im PVS erfolgt das Zusetzen der Zuschläge durch die KV