



Symbolnummern

für die

Abrechnung

Primärkassen, Ersatzkassen und Sonstige Kostenträger

Stand: 01.04.2012

Version: 12.2.3

Symbolnummern (SNR) dienen zur Notation von Pauschalen, Einzelleistungen und Kosten, sofern diese nicht im EBM enthalten sind

Freie Heilfürsorge = Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr, Zivildienst

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Inhalt

	Seite
Teil 1: Zu den Leistungen des EBM	4 - 9
Bericht an den Hausarzt, „nicht erfolgt“	4
Heilmittel	4
Immunologische Untersuchungen	5
Kinderfrüherkennung außerhalb Toleranzgrenzen	5
Künstliche Befruchtung	5 - 7
Methadonsubstitutionsbehandlung	7
Nachtbesuche außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes	7
Nachtbesuch im ärztlichen Notfalldienst	7
Operative Eingriffe in Narkose bei Kindern ambulant/belegärztlich	8
Probatorische Sitzung/Psycho-/Verhaltenstherapie	9
Versichertenpauschalen, Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunkt	9
 Teil 2: Disease-Management-Programme (DMP)	 10 - 16
DMP Asthma bronchiale und COPD	10 - 11
DMP Brustkrebs	12
DMP Diabetes, Typ 1	12 - 13
DMP Diabetes, Typ 2	14 - 15
DMP Koronare Herzkrankheit	16
 Teil 3: Kosten, Wegegebühren	 17 - 19
Akut- bzw. Notfall Laboratoriumsuntersuchung	17
Drogensuchtest	17
Erstattungsfähige Kosten	17 - 18
Wegegebühren außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes	18
Wegegebühren im ärztlichen Notfalldienst	18
Wegegebühren für Transporte von Blutkonserven/Schnellschnitten	19
 Teil 4: Besondere Vereinbarungen	 20 - 53
Aufflichtmikroskopie	20
Darmreinigungsmittel	20
Deutsche Schlaganfallhilfe	20
Diabetisches Fußsyndrom	20 - 22
Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP)	22 - 27
Hausarztzentrierte Versorgung	27 - 28
Hautkrebsvorsorgeuntersuchung	28 - 29
Homöopathische Therapie/Versorgung	30
Infektionsscreening in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)	30
Intravitreale Injektion	31 - 34
Kataraktoperation	35
MRSA	35
Onkologie Vereinbarung	36
Palliativmedizinische Versorgung	36 - 38
Präventionsangebot U10, U11, J2	38 - 40
Röntgenkontrastmittel	40
Schutzimpfungen	41 - 46
Schutzimpfungen für Auslandsreisen	47 - 50
Schwangerschaftsabbrüche	51 - 52
Sekundär- und Tertiärprävention	52
Sozialpsychiatrische Versorgung, von Kindern und Jugendlichen	52
Spendercornea (Entnahme)	52
Tonsillotomie	53

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Seite

Teil 5: Praxisgebühr **54 - 55**

Teil 6: Kennzeichnungen zur Notation bestimmter Merkmale **56**

Diabetologische Schwerpunktpraxen	56
Dokumentation von Patientenkontakten bei Sozialpsychiatrischer Versorgung	56
Dokumentation von weiteren Arzt-Patienten-Kontakten	56
Laborauftrag bei Auftragsunterschreitung	56
Laborverrechnung bei Selektivverträgen	56
Überweisung von einem Vertragszahnarzt	56
Verordnung bei Wahlтарifen	56

Teil 7: Von der KVWL gesetzte Symbolnummern **57 - 68**

Behandlungskomplexe Pädiater	57
Behandlungskomplexe Internist	57
DMP Qualitätsmanagementpauschale	57
Früherkennungsuntersuchungen U10, U11, J2	57 - 58
Höchstwert „Ärztlicher Brief“	58
Höchstwert gem. Kap. 11.4.2 des EBM	58
Höchstwerte gem. Kap. 32 des EBM	58
Höchstwerte gem. Kap. 35.3 des EBM	59
Kataraktoperationen außerhalb § 73c SGB V	59
Krebsfrüherkennung bei Männern	59
Schutzimpfungen für Auslandsreisen	60- 61
Selbstbehandlung	61
Tagbesuch im ärztlichen Notfalldienst	61
Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen	62- 67
Wegegebühren außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes	68
Wegegebühren im ärztlichen Notfalldienst	68
„Wertleerer“ Behandlungsfall	68

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 1

Zu den Leistungen des EBM

Bericht an den Hausarzt „nicht erfolgt“

01600, 01601, 01602	01600A	ohne Wert	Kennzeichnung des Behandlungsfalls, wenn der Patient keinen Hausarzt angibt oder nicht in die Berichtsübermittlung an den Hausarzt und/oder Facharzt gemäß der Allgemeinen Bestimmung 2.1.4 EBM einwilligt
---------------------------	---------------	-----------	--

Heilmittel

Werden in der Praxis Heilmittel an einen Patienten abgegeben, der von der Zuzahlung befreit ist (Minderjährige, Härtefälle), ist die GOP besonders zu kennzeichnen und zwar bei **Primärkassen, Ersatzkassen, Postbeamtenkrankenkasse und der Bundespolizei**. Bei allen anderen Kostenträgern setzt die KVWL automatisch um (Ersetzung von GOP 30300 in SNR 30300A usw.).

a) Krankengymnastik

30300	30300A	8,59 EUR
30301	30301A	2,98 EUR
30410	30410A	7,36 EUR
30411	30411A	3,33 EUR
30420	30420A	9,29 EUR
30421	30421A	4,73 EUR

b) Massagen

30400	30400A	7,36 EUR
30402	30402A	9,64 EUR

Zuzahlungsbeträge des Patienten

Die Zuzahlung des Patienten, der nicht von der Zuzahlung befreit ist, beträgt:

a) Krankengymnastik

30300	1,10 EUR
30301	0,85 EUR
30410	1,45 EUR
30411	0,55 EUR
30420	1,45 EUR
30421	0,55 EUR

b) Massagen

30400	1,00 EUR
30402	1,45 EUR

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Kennzeichnung von Immunologischen Untersuchungen zur Anwendung des Höchstwertes 32434 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (s. Teil 7)

32426	32426U	4,60 EUR	Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE
32427	32427U	7,10 EUR	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen

Kennzeichnung der Leistungen außerhalb der Toleranzgrenzen bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen des Meldeverfahrens zur Teilnahme an Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9

01715	01715T	30,49 EUR	U 5 , Untersuchung außerhalb 6.-7. Lebensmonat
01716	01716T	30,49 EUR	U 6 , Untersuchung außerhalb 10.-12. Lebensmonat
01717	01717T	30,49 EUR	U 7 , Untersuchung außerhalb 21.-24. Lebensmonat
01718	01718T	30,49 EUR	U 8 , Untersuchung außerhalb 46.-48. Lebensmonat
01719	01719T	30,49 EUR	U 9 , Untersuchung außerhalb 60.-64. Lebensmonat
01723	01723T	35,22 EUR	U 7a , Erweiterte Früherkennungsuntersuchung außerhalb 34.-36. Lebensmonat

Kennzeichnung der Leistungen bei Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung - gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Bundespolizei und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -

Leistungen im Rahmen einer Maßnahme zur Künstlichen Befruchtung werden mit 50% des Leistungswertes vergütet.

01510	01510X	24,88 EUR	
01511	01511X	47,31 EUR	
01512	01512X	69,57 EUR	
02100	02100X	2,80 EUR	
02341	02341X	5,78 EUR	
05310	05310X	8,85 EUR	
05330	05330X	41,62 EUR	
05340	05340X	6,83 EUR	
05341	05341X	6,83 EUR	
05350	05350X	24,88 EUR	
08510	08510X	3,33 EUR	
08530	08530X	5,34 EUR	
08531	08531X	9,64 EUR	
08540	08540X	8,32 EUR	
08541	08541X	25,85 EUR	
08542	08542X	22,17 EUR	Sofern neben SNR 08541X
08550	08550X	434,68 EUR	
08551	08551X	370,63 EUR	
08552	08552X	98,66 EUR	
08560	08560X	612,38 EUR	

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
08561	08561X	548,41 EUR	
08570	08570X	7,10 EUR	
08571	08571X	14,28 EUR	
08572	08572X	58,44 EUR	
08573	08573X	69,04 EUR	
08574	08574X	22,17 EUR	
11311	11311X	78,68 EUR	
11312	11312X	22,17 EUR	
11320	11320X	13,67 EUR	
11321	11321X	11,04 EUR	
11322	11322X	49,51 EUR	
11330	11330X	14,98 EUR	
11331	11331X	14,98 EUR	
11332	11332X	14,98 EUR	
11333	11333X	14,98 EUR	
11334	11334X	25,50 EUR	
11351	11351X	288,80 EUR	
11352	11352X	1201,18 EUR	
11354	11354X	56,95 EUR	
11360	11360X	56,95 EUR	
11361	11361X	214,49 EUR	
11370	11370X	231,05 EUR	
11371	11371X	3514,61 EUR	
11372	11372X	58,00 EUR	
11380	11380X	94,89 EUR	
11390	11390X	56,95 EUR	
11391	11391X	214,49 EUR	
11395	11395X	56,95 EUR	
11396	11396X	214,49 EUR	
11400	11400X	56,95 EUR	
11401	11401X	1583,64 EUR	
11403	11403X	115,48 EUR	
11404	11404X	58,00 EUR	
11410	11410X	115,48 EUR	
11411	11411X	375,01 EUR	
11412	11412X	58,00 EUR	
11420	11420X	116,01 EUR	
11421	11421X	56,95 EUR	
11422	11422X	58,00 EUR	
11430	11430X	223,52 EUR	
11431	11431X	1915,46 EUR	
11432	11432X	2103,76 EUR	
11433	11433X	68,26 EUR	
11434	11434X	135,90 EUR	
11440	11440X	1444,42 EUR	
11441	11441X	1496,72 EUR	
11442	11442X	68,26 EUR	
11443	11443X	135,90 EUR	
31272	31272X	84,64 EUR	
31503	31503X	25,41 EUR	
31600	31600X	7,71 EUR	
31608	31608X	11,57 EUR	
31609	31609X	8,59 EUR	
31822	31822X	62,30 EUR	

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
32354	32354X	2,45 EUR	
32356	32356X	2,30 EUR	
32357	32357X	1,90 EUR	
32575	32575X	2,05 EUR	
32576	32576X	2,25 EUR	
32614	32614X	2,95 EUR	
32618	32618X	4,90 EUR	
32660	32660X	26,80 EUR	
32781	32781X	2,75 EUR	
33043	33043X	4,29 EUR	
33044	33044X	7,01 EUR	
33090	33090X	2,80 EUR	
36272	36272X	45,21 EUR	
36503	36503X	2,98 EUR	
36822	36822X	37,50 EUR	

Methadonsubstitutionsbehandlung bei i. v. - Heroinabhängigen

01950 **01950A** **9,00 EUR** „Take-Home-Vergabe“ von Methadon für eine Woche

Nachtbesuche zwischen 19 und 7 Uhr außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes

01410 **01410B** **21,03 EUR** Besuch
01411 **01411B** **46,44 EUR** dringender Besuch
01412 **01412B** **62,03 EUR** dringender Besuch
01414 **01414B** **8,59 EUR** Visite
01415 **01415B** **54,15 EUR** dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen
01721 **01721B** **19,63 EUR** Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung
05230 **05230B** **5,61 EUR** Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes
oder Zahnarztes

Nachtbesuch im ärztlichen Notfalldienst

01411 **01411N** **46,44 EUR** **Nachtbesuch** im Notfalldienst zwischen 19 und 7 Uhr

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Operative Eingriffe („Kleine Chirurgie“) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

02300	31101K	87,27 EUR
02301	31101K	87,27 EUR
02302	31101K	87,27 EUR
06350	31321K	92,00 EUR
06351	31321K	92,00 EUR
06352	31321K	92,00 EUR
09351	31231K	97,78 EUR
09360	31231K	97,78 EUR
09361	31231K	97,78 EUR
09362	31231K	97,78 EUR
10340	31101K	87,27 EUR
10341	31101K	87,27 EUR
10342	31101K	87,27 EUR
15321	31221K	87,62 EUR
15322	31221K	87,62 EUR
15323	31221K	87,62 EUR
26350	31271K	103,39 EUR
26351	31271K	103,39 EUR
26352	31271K	103,39 EUR

Belegärztlich operative Eingriffe („Kleine Chirurgie“) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

02300	36101K	45,56 EUR
02301	36101K	45,56 EUR
02302	36101K	45,56 EUR
06350	36321K	48,37 EUR
06351	36321K	48,37 EUR
06352	36321K	48,37 EUR
09351	36231K	50,47 EUR
09360	36231K	50,47 EUR
09361	36231K	50,47 EUR
09362	36231K	50,47 EUR
10340	36101K	45,56 EUR
10341	36101K	45,56 EUR
10342	36101K	45,56 EUR
15321	36221K	45,91 EUR
15322	36221K	45,91 EUR
15323	36221K	45,91 EUR
26350	36271K	52,05 EUR
26351	36271K	52,05 EUR
26352	36271K	52,05 EUR

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Probatorische Sitzung (Bezugsperson)

35150	35150B	wie EBM-GOP	Begleitende probatorische Sitzung (Bezugsperson)
-------	---------------	-------------	--

Psychotherapie (Bezugsperson)

35200	35200B		
35201	35201B		
35202	35202B	wie EBM-GOP	Begleitende Psychotherapie (Bezugsperson)
35203	35203B		
35210	35210B		
35211	35211B		

Verhaltenstherapie (Bezugsperson)

35220	35220B		
35221	35221B		
35222	35222B	wie EBM-GOP	Begleitende Verhaltenstherapie (Bezugsperson)
35223	35223B		
35224	35224B		
35225	35225B		

Versichertenpauschalen (VP) bei fachärztlicher Tätigkeit durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung

Gebührenordnungspositionen, die gemäß Präambel 4.1 Nr. 4 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 40% erhalten

04110	04110F	58,39 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111	04111F	43,18 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112	04112F	50,05 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04120	04120F	29,19 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04121	04121F	21,59 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04122	04122F	26,25 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04130	04130F	23,55 EUR	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 2

Disease-Management-Programme (DMP)

DMP Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Zivildienst, Polizei NRW, Bundespolizei, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -

a) DMP Asthma bronchiale

91221A	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Erstdokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
91222A	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, bei dreimonatigem Dokumentationsintervall einmal im Behandlungsfall, bei sechsmonatigem einmal pro Halbjahr
91223A	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, wenn der koordinierende Vertragsarzt gewechselt wurde, einmal bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
91225	19,00 EUR	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthma-Schulung im Kindes- und Jugendalter e.V., für Kinder und Jugendliche, je Unterrichtseinheit, maximal 18 Unterrichtseinheiten (45 Minuten), bei Wiederholung der Schulung (über die Nachschulung hinaus) ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91226	19,00 EUR	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthma-Schulung im Kindes- und Jugendalter e.V., für Eltern, je Unterrichtseinheit, maximal 12 Unterrichtseinheiten (45 Minuten), bei Wiederholung der Schulung (über die Nachschulung hinaus) ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91227	19,00 EUR	Nachschulung von Kindern und Jugendlichen nach sechs Monaten, einmalig eine Unterrichtseinheit (45 Minuten)
91228	19,00 EUR	Nachschulung von Kindern und Jugendlichen nach zwölf Monaten, einmalig eine Unterrichtseinheit (45 Minuten)
91229	9,50 EUR	Kosten des beim Patienten verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	91230	21,50 EUR	Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation des NASA Schulungsprogramms) für Erwachsene, je Unterrichtseinheit, maximal 6 Unterrichtseinheiten (60 Minuten), bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
	91231	9,50 EUR	Kosten des beim Patienten verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

b) DMP chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

	91221C	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Erstdokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
	91222C	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, bei dreimonatigem Dokumentationsintervall einmal im Behandlungsfall, bei sechsmonatigem einmal pro Halbjahr
	91223C	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, wenn der koordinierende Vertragsarzt gewechselt wurde, einmal bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
	91232	21,50 EUR	Ambulante Fürther Schulung für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA), für Erwachsene, je Unterrichtseinheit, maximal 6 Unterrichtseinheiten (60 Minuten), bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
	91233	9,50 EUR	Kosten des beim Patienten verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

DMP Brustkrebs - Vereinbarung über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungsstruktur von Brustkrebspatientinnen,
- gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Zivildienst, Polizei NRW, Bundespolizei, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -

90221	15,00 EUR	Einschreibung der Brustkrebspatientin, Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Erstellung und Versand der Erstdokumentation, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
90222	30,00 EUR	Gespräch zeitnah vor der stationären Aufnahme und nach histologischer Sicherung der Diagnose, jeweils bei stationärer Aufnahme und nach histologischer Sicherung der Diagnose, einmalig
90223	30,00 EUR	Gespräch nach der stationären Behandlung, jeweils nach stationärer Behandlung, einmalig
90224	12,50 EUR	Begleitgespräch ohne Folgedokumentation, einmal im Behandlungsfall
90225	17,50 EUR	Begleitgespräch einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation, Dokumentationszeitraum sechs Monate, auch bei Arztwechsel einmal pro Halbjahr

DMP Diabetes mellitus Typ 1 - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V
- gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Zivildienst, Postbeamtenkrankenkasse, Bundespolizei, Polizei NRW, Bundeswehr, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -

91111	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Erstdokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
91112	10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, bei dreimonatigem Dokumentationsintervall einmal im Behandlungsfall, bei sechsmonatigem einmal pro Halbjahr
91114	25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal zwölf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91115	8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
91116		19,90 EUR	Diabetes Buch für 6 – 12 jährige Kinder mit Diabetes mellitus, einmal je Schulungsprogramm
91117		25,00 EUR	Schulungsprogramm für <u>jugendliche</u> Typ-1-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal sechzehn Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91117U		100,00 EUR	Kosten des beim Jugendlichen verbleibenden Unterrichtsma- terials (Ringordner), einmal je Schulungsprogramm
91118		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>Hypertonie</u> , je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wie- derholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91119		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
91120		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>Hypertonie</u> (HBSP), je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wie- derholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91121		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit Hypertonie, HBSP) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
91122		25,00 EUR	Modulare Bluthochdruckschulung (Institut für präventive Me- dizin, IPM) für Typ-1-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wie- derholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91123		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit modularem Bluthochdruck) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

**Augenärztliches Zusatz-Pauschalhonorar für Patienten, die im DMP Diabetes mellitus Typ 1
eingeschrieben sind**

90770	10,00 EUR	Früherkennung diabetesassoziierte Augenkomplikationen (z.B. diabetisch bedingte Retionopathie und Makulopathie), einmal im Jahr
--------------	------------------	--

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
<p>DMP Diabetes mellitus Typ 2 - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V - gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Zivildienst, Postbeamtenkrankenkasse, Bundespolizei, Polizei NRW, Bundeswehr, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -</p>			
90241		10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Erstdokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
90242		10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, bei dreimonatigem Dokumentationsintervall einmal im Behandlungsfall, bei sechsmonatigem einmal pro Halbjahr
90244		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal zwölf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90245		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90246		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern <u>mit</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal fünf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90247		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern mit <u>Normalinsulin</u> behandlung, je Doppelstunde, maximal fünf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90248		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker <u>mit</u> Insulin- oder <u>Normalinsulin</u> behandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90249		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern <u>ohne</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90250		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker <u>ohne</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90251		25,00 EUR	Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
90252		25,00 EUR	Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Diabetiker mit Hypertonie für bereits geschulte Typ-2-Diabetiker <u>ohne</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal drei Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90253		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90254		25,00 EUR	Kombinationsschulung von Typ-2-Diabetikern <u>mit</u> Insulinbehandlung und Hypertonie, je Doppelstunde, maximal sieben Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90255		25,00 EUR	Kombinationsschulung von Typ-2-Diabetikern <u>ohne</u> Insulinbehandlung und mit Hypertonie, je Doppelstunde, maximal sieben Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90256		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP), je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90257		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90258		25,00 EUR	Modulare Bluthochdruckschulung (Institut für präventive Medizin, IPM) für Typ-2-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90259		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit modularem Bluthochdruck) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

Augenärztliches Zusatz-Pauschalhonorar für Patienten, die im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben sind

90770	10,00 EUR	Früherkennung diabetesassoziierte Augenkomplikationen (z.B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie), einmal im Jahr
-------	-----------	--

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) und Chronische Herzinsuffizienz - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V - gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Zivildienst, Polizei NRW, Bundespolizei, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für An- spruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -			
90281		10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Erstdokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, einmal im Leben, es sei denn eine erneute Einschreibung ist erforderlich
90282		10,00 EUR	Elektronische Erstellung der Folgedokumentation und Übermittlung an die Datenstelle, bei dreimonatigem Dokumentationsintervall einmal im Behandlungsfall, bei sechsmonatigem einmal pro Halbjahr
90283		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie nach Dres. M. Grüßer und V. Jörgens, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90284		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90285		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) nach T. Heise, E. Jennen und P. Sawicki, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90286		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90287		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) nach P. Sawicki, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90288		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (mit oraler Gerinnungshemmung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90289		25,00 EUR	Modulare Bluthochdruckschulung (Institut für präventive Medizin, IPM), je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90290		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 3

Kosten, Wegegebühren

Akut- bzw. Notfall Laboratoriumsuntersuchungen (Mikroskopische Untersuchungen)

Die Untersuchungen wurden bei Akut- bzw. Notfällen als Einzelleistungen im eigenen Labor erbracht.

32035	32035N		Erythrozytenzählung
32036	32036N		Leukozytenzählung
32037	32037N	wie EBM-GOP	Thrombozytenzählung
32038	32038N		Hämoglobinbestimmung
32039	32039N		Hämatokritbestimmung

Drogensuchtests

Die Drogensuchtests wurden im ersten und zweiten Quartal der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger erbracht.

32137	32137S		Buprenorphinhydrochlorid
32140	32140S		Amphetamin/Metamphetamin
32141	32141S		Barbiturate
32142	32142S		Benzodiazepine
32143	32143S		Cannabinoide (THC)
32144	32144S	wie EBM-GOP	Kokain
32145	32145S		Methadon
32146	32146S		Opiate (Morphin)
32147	32147S		Phencyclidin (PCP)
32148	32148S		Quantitative Alkoholbestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung

Erstattungsfähige Kosten

80230	0,06 EUR		Telefonisches Gespräch mit dem Krankenhaus zur stationären Aufnahme des Patienten; je Gesprächseinheit
90011		anzugeben	Medikamentenkosten für Bevacizumab (ausgeeinzelt) im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion (Rechnung und Privat Rezept sind im Original einzureichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
90012		anzugeben	Medikamentenkosten für Lucentis im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion (Rechnung und Privat Rezept sind im Original einzureichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
90013		anzugeben	Medikamentenkosten für Macugen im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion (Rechnung und Privat Rezept sind im Original einzureichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
90014		anzugeben	Medikamentenkosten für Ranibizumab (ausgeeinzelt) im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion (Rechnung und Privat Rezept sind im Original einzureichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	90015	anzugeben	Medikamentenkosten für Ozurdex im Rahmen der Verträge bzw. Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion (Rechnung und Privatrezept sind im Original einzureichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
	90020	anzugeben	Materialkosten, mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
	90025	anzugeben	Sachkostenanteil für Implantate bei rekonstruktiven Bänder-satzoperationen, abzüglich 25,56 EUR (ggf. zusätzlich zu GOP 31141 - 31147), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
	90026	anzugeben	Transportkosten (gewerblich z. B. Taxi) für Blutkonserven oder Schnellschnitte (Originalrechnung ist zusätzlich einzu-reichen), mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR
	90027	225,00 EUR	Sachkostenanteil zur Kataraktoperation (zusätzlich zu GOP 31332, 31333)
	90075	4,09 EUR	Dokumentation der ärztlichen Leistung im Rahmen der Krebsnachsorge
	90600	anzugeben	Dialysekosten, mit nachfolgender Angabe der Kosten in EUR

Wegegebühren außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes

Bei einer **Entfernung unter 2 km** erfolgt zu jedem Besuch (Ausnahme: GOP 01414, 01721 und 05230) eine automatisierte Zusetzung der Wegepauschale durch die KVWL.

40220B	1,40 EUR	Wegepauschale bei einer Entfernung unter 2 km zwischen 7 und 19 Uhr am Tage (zu GOP 01410, 01411, 01412, 01414, 01415, 01721, 05230)
40226B	2,50 EUR	Wegepauschale bei einer Entfernung unter 2 km zwischen 19 und 7 Uhr bei Nacht (zu SNR 01410B, 01411B, 01412B, 01414B, 01415B, 01721B, 05230B)
90034B	je DKM 1,65 EUR	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 km zwischen 7 und 19 Uhr am Tage (zu GOP 01410, 01411, 01412, 01414, 01415, 01721, 05230)
90037B	je DKM 3,05 EUR	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 km zwischen 19 und 7 Uhr bei Nacht (zu SNR 01410B, 01411B, 01412B, 01414B, 01415B, 01721B, 05230B)

Wegegebühren im ärztlichen Notfalldienst

Im ärztlichen Notfalldienst besteht eine besondere Vereinbarung. Die Wegegebühren im ärztlichen Notfalldienst werden in Form eines **Wegegeldes** vergütet. Die Entfernung zwischen eigener Praxis und Besuchsstelle ist kaufmännisch gerundet in Doppelkilometern (DKM) anzugeben.

Bei einer Entfernung unter 0,5 km ist statt des Wegegeldes eine Wegepauschale abrechnungs-fähig.

40220D	1,05 EUR	Wegepauschale im ärztlichen Notfalldienst bei einer Entfer-nung unter 0,5 km
---------------	-----------------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Wegegebühren für Transporte von Blutkonserven oder Schnellschnitten

40220T	3,20 EUR	für Transporte von Blutkonserven oder Schnellschnitten im Kernbereich bis 2 km am Tag für Ersatzkassen
40220U	1,94 EUR	dto für Primärkassen
40222T	6,30 EUR	für Transporte von Blutkonserven oder Schnellschnitten im Randbereich 2 km bis zu 5 km am Tag für Ersatzkassen
40222U	3,89 EUR	dto für Primärkassen
40224T	9,20 EUR	für Transporte von Blutkonserven oder Schnellschnitten im Fernbereich bei mehr als 5 km am Tag für Ersatzkassen
40224U	5,68 EUR	dto für Primärkassen

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 4

Besondere Vereinbarungen

Auflichtmikroskopie - Vertrag über die Durchführung einer Auflichtmikroskopie im Rahmen der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V
- gültig für HEK -
- nur für Dermatologen -

91052H	7,00 EUR	Auflichtmikroskopie im Rahmen der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung, einmal alle 2 Jahre
---------------	-----------------	---

Darmreinigungsmittel, Vereinbarung über ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

91071	12,00 EUR	Pauschale für Darmreinigungsmittel vor Koloskopien, einmal je Anwendungsfall
--------------	------------------	---

Deutsche Schlaganfall-Hilfe

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), Sozialämter in Westfalen-Lippe -

90077	2,56 EUR	Ausfüllen des Antrages auf Förderung der Teilnahme an bewegungs- und ggf. sprachtherapeutischen Übungsbehandlungen bzw. Qualifizierungsmaßnahmen für betreuende Angehörige
--------------	-----------------	--

Diabetisches Fußsyndrom - Vereinbarung über die Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ nach § 73a SGB V
- gültig für AOK NORDWEST, Knappschaft und LKK NRW -

a) Vergütungsvereinbarung Hausarzt

90711	10,00 EUR	Versorgungspauschale für Patienten, die in das DMP Diabetes mellitus eingeschrieben sind und einen auffälligen diabetischen Fußstatus nach Wagner-Klassifikation aufweisen, bei Wagner Stadium 0, einmal im Behandlungsfall mit jährlich mindestens einmaliger Überweisung an die Zertifizierte Diabetologische Fußambulanz (ZAFE)
--------------	------------------	---

90712	10,00 EUR	Versorgungspauschale für Patienten, die in das DMP Diabetes mellitus eingeschrieben sind und einen auffälligen diabetischen Fußstatus nach Wagner-Klassifikation aufweisen, bei Wagner Stadium 1 und höher sowie Charcot-Fuß, einmal im Behandlungsfall, solange eine Mitbehandlung durch die ZAFE erfolgt
--------------	------------------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

b) Vergütungsvereinbarung Zertifizierte Diabetologische Fußambulanz (ZAFE)

90721	15,00 EUR	Einschreibung und Beratung eines <u>überwiesenen</u> Patienten durch die ZAFE, einmal im Leben
90722	25,00 EUR	Eingehende Untersuchung und Beratung eines <u>überwiesenen</u> Patienten mit Wagner-Stadium 0, einmal im Jahr
90723A	80,00 EUR	Intensive medizinische Versorgung, Koordination der Hilfsmittel- und pflegerischen Versorgung sowie Dokumentation des Versorgungsverlaufs, mit Diabetischem Fuß nach Wagner-Stadium 1, einmal im ersten Behandlungsquartal
90723B	115,00EUR	Intensive medizinische Versorgung, Koordination der Hilfsmittel- und pflegerischen Versorgung sowie Dokumentation des Versorgungsverlaufs, mit akutem Charcot-Fuß, einmal im ersten Behandlungsquartal
90723C	130,00 EUR	Intensive medizinische Versorgung, Koordination der Hilfsmittel- und pflegerischen Versorgung sowie Dokumentation des Versorgungsverlaufs, mit Diabetischem Fuß mit mindestens Wagner-Stadium 2, einmal im ersten Behandlungsquartal
90724	85,00 EUR	Folgebehandlung für erforderliche medizinische Versorgung, Koordination der Hilfsmittelversorgung und Dokumentation des Versorgungsverlaufs bis zur Abheilung, einmal je Folgequartal
90725	25,00 EUR	Patientenschulung, 3 Unterrichtseinheiten (jeweils 90-120 Minuten) innerhalb von 4 Wochen als Gruppenschulung (4-6 Teilnehmer), je Unterrichtseinheit
90726	30,00 EUR	Zuschlag für <u>teilnehmende ermächtigte zertifizierte Diabetologische Fußbehandlungsambulanzen an Krankenhäusern</u> für 24-Stunden-Bereitschaft an 7 Tagen je Woche einschließlich Vertretungs- und Konsiliardienst, einmal im Behandlungsfall
90727	180,00 EUR	Zuschlag für Voll-Kontaktgips (Total Contact Cast - TCC). Neuanfertigungen und Nacharbeiten sind mit der Pauschale abgegolten, Voraussetzung ist die persönliche Leistungserbringung bzw. die Anlage unter unmittelbarer Aufsicht des Diabetologen in den Räumen der ZAFE, einmal im Jahr
90727K	90,00 EUR	Zuschlag für Voll-Kontaktgips (Total Contact Cast - TCC) für <u>teilnehmende ermächtigte ZAFEn an Krankenhäusern</u> . Neuanfertigungen und Nacharbeiten sind mit der Pauschale abgegolten, Voraussetzung ist die persönliche Leistungserbringung bzw. die Anlage unter unmittelbarer Aufsicht des Diabetologen in den Räumen der ermächtigten ZAFE, einmal im Jahr

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	90728	115,00 EUR	Zuschlag für die Behandlung eines Diabetischen Fußes ab Wagner-Stadium 1 mit nachgewiesener MRSA-Infizierung der Wunde, einmal im Jahr
	90728K	57,50 EUR	Zuschlag für die Behandlung eines Diabetischen Fußes ab Wagner-Stadium 1 mit nachgewiesener MRSA-Infizierung der Wunde für teilnehmende ermächtigte ZAFEn an Krankenhäusern, einmal im Jahr

Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus durch Diabetologische Schwerpunktpraxen in Westfalen-Lippe - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V
- gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Freie Heilfürsorge, Postbeamtenkrankenkasse, Sozialämter, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) -

a) Fallkennzeichnung

In jedem Quartal ist beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt zusätzlich eine der folgenden SNR einzutragen.

90770A	ohne Wert	Typ-1-Diabetiker
90770B	ohne Wert	Typ-2-Diabetiker
90770C	ohne Wert	Gestations-Diabetikerin

b) Typ-1-Diabetiker - Überwiesene Diabetiker

90761	80,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>normalem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90762	120,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>erhöhtem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90763A	220,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, diabetisches Fußsyndrom ab Wagnerstadium 2, Fotodokumentation des Behandlungsverlaufs obligat, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90763B	220,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, Ersteinstellung auf eine Insulintherapie, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90764	35,00 EUR	Folgebehandlung im Folgequartal nach Erstkontakt, einmal im Behandlungsfall

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

c) Typ-1-Diabetiker - Eigene Diabetiker

90765	15,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>normalem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90766	35,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>erhöhtem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90767A	50,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, diabetisches Fußsyndrom ab Wagnerstadium 2, Fotodokumentation des Behandlungsverlaufs obligat, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90767B	50,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, Ersteinstellung auf eine Insulintherapie, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90768	15,00 EUR	Folgebehandlung, einmal im Behandlungsfall

d) Typ-2-Diabetiker - Überwiesene Diabetiker

90771	60,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>normalem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90772	100,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>erhöhtem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90773	200,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>überwiesenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90774	32,50 EUR	Einmaliger Folgekontakt, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90774A	30,00 EUR	Erneute Vorstellung ein Jahr nach Abschluß der Behandlung wegen mehrfach gravierender Überschreitung des Zielwertes (HbA1c), einmal im Jahr
90774B	30,00 EUR	Erneute Vorstellung ein Jahr nach Abschluß der Behandlung wegen des Auftretens von Folgekomplikationen, einmal im Jahr
90774C	30,00 EUR	Erneute Vorstellung ein Jahr nach Abschluß der Behandlung zur Optimierung der Insulineinstellung, einmal im Jahr
90774D	30,00 EUR	Erneute Vorstellung ein Jahr nach Abschluß der Behandlung wegen gravierendem Compliancedefizit, einmal im Jahr

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

e) Typ-2-Diabetiker - Eigene Diabetiker

90775	15,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>normalem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90776	35,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>erhöhtem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90777	50,00 EUR	Erstkontakt mit einem <u>eigenen</u> Diabetiker mit <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90778	10,00 EUR	Einmaliger Folgekontakt im Folgequartal nach Erstkontakt, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung

**f) Typ-1-Diabetiker
- nur für besonders qualifizierte Pädiater -**

90751	15,00 EUR	Erstkontakt mit <u>normalem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90752	35,00 EUR	Erstkontakt mit <u>erhöhtem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90753	50,00 EUR	Erstkontakt <u>höchstem</u> Betreuungsaufwand, einmal im Leben, jeder weitere Ansatz bedarf der schriftlichen Begründung
90754	15,00 EUR	Einmaliger Folgekontakt im Folgequartal nach Erstkontakt, einmal im Behandlungsfall

g) Schulungen von Typ 1 Diabetikern

91114	25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal zwölf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91115	8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
91116	19,90 EUR	Diabetes Buch für 6 – 12 jährige Kinder mit Diabetes mellitus, einmal je Schulungsprogramm
91117	25,00 EUR	Schulungsprogramm für <u>jugendliche</u> Typ-1-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal sechzehn Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
91117U		100,00 EUR	Kosten des beim Jugendlichen verbleibenden Unterrichtsmaterials (Ringordner), einmal je Schulungsprogramm
91118		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>Hypertonie</u> , je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91119		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
91120		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker mit <u>Hypertonie</u> (HBSP), je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91121		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit Hypertonie, HBSP) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
91122		25,00 EUR	Modulare Bluthochdruckschulung (Institut für präventive Medizin, IPM) für Typ-1-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
91123		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-1-Diabetiker mit modularem Bluthochdruck) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

h) Schulungen von Typ 2 Diabetikern

90244		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal zwölf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90245		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit <u>intensivierter</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90246		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern <u>mit</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal fünf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90247		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern mit <u>Normal-</u> insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal fünf Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
90248		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker <u>mit</u> Insulin- oder <u>Normalinsulin</u> behandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90249		25,00 EUR	Schulung von Typ-2-Diabetikern <u>ohne</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90250		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker <u>ohne</u> Insulinbehandlung) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90251		25,00 EUR	Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90252		25,00 EUR	Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Diabetiker mit Hypertonie für bereits geschulte Typ-2-Diabetiker <u>ohne</u> Insulinbehandlung, je Doppelstunde, maximal drei Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90253		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90254		25,00 EUR	Kombinationsschulung von Typ-2-Diabetikern <u>mit</u> Insulinbehandlung und Hypertonie, je Doppelstunde, maximal sieben Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90255		25,00 EUR	Kombinationsschulung von Typ-2-Diabetikern <u>ohne</u> Insulinbehandlung und mit Hypertonie, je Doppelstunde, maximal sieben Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90256		25,00 EUR	Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP), je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90257		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm
90258		25,00 EUR	Modulare Bluthochdruckschulung (Institut für präventive Medizin, IPM) für Typ-2-Diabetiker, je Doppelstunde, maximal vier Doppelstunden, bei Wiederholung der Schulung ist die vorherige Abstimmung mit der Krankenkasse erforderlich
90259		8,20 EUR	Kosten des beim Patienten (Typ-2-Diabetiker mit modularem Bluthochdruck) verbleibenden Verbrauchsmaterials, einmal je Schulungsprogramm

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

i) Augenärztliches Zusatz-Pauschalhonorar für Patienten mit Diabetes mellitus, die in Diabetologischen Schwerpunktpraxen behandelt werden

90770	10,00 EUR	Früherkennung diabetesassoziierte Augenkomplikationen (z.B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie) einmal im Jahr
--------------	------------------	---

Vereinbarung nach § 73b SGB V „BIG PREVENT“ zur Hausarztzentrierte Versorgung,

- gültig für BIG direkt gesund -

- ab dem 01.04.2012 keine Neueinschreibungen von Versicherten mehr möglich -

a) Komplexjahrespauschale

- gültig für teilnehmende Kinder- und Jugendmediziner und Hausärzte -

81110A	28,00 EUR	Komplexjahrespauschale für die Steuerungsverantwortung der präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung, einmal im Krankheitsfall
---------------	------------------	--

b) Präventionsleistungen

- gültig für teilnehmende Kinder- und Jugendmediziner und Hausärzte -

01720P	39,37 EUR	J 1 , Jugendgesundheitsuntersuchung 13.-14. Lebensjahr
01732P	34,12 EUR	Gesundheitsuntersuchung
01735P	14,31 EUR	Beratung zur Umsetzung der Regelung für schwerwiegend chronisch erkrankte (Chroniker-Richtlinie)
01740P	14,31 EUR	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
01746P	20,97 EUR	Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung

- gültig nur für teilnehmende Kinder- und Jugendmediziner -

01711P	16,59 EUR	U 1 , Neugeborenen-Erstuntersuchung
01712P	34,64 EUR	U 2 , Untersuchung 3.-10. Lebenstag
01713P	34,64 EUR	U 3 , Untersuchung 4.-5. Lebenswoche
01714P	34,64 EUR	U 4 , Untersuchung 3.-4. Lebensmonat
01715P	34,64 EUR	U 5 , Untersuchung 6.-7. Lebensmonat
01716P	34,64 EUR	U 6 , Untersuchung 10.-12. Lebensmonat
01717P	34,64 EUR	U 7 , Untersuchung 21.-24. Lebensmonat
01718P	34,64 EUR	U 8 , Untersuchung 46.-48. Lebensmonat
01719P	34,64 EUR	U 9 , Untersuchung 60.-64. Lebensmonat
01722P	20,97 EUR	Sonographie der Säuglingshöften (Anlage 5 der Richtlinien)
01723P	39,37 EUR	U 7a , Erweiterte Früherkennungsuntersuchung 34.-36. Lebensmonat

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Hausarztzentrierte Versorgung, Rahmenvertrag zur Durchführung einer ergänzenden besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V

- Vereinbarung zur Verbesserung der Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten -
- gültig für die IKK classic (VKNR 18333) -

91206	30,00 EUR	Vergütung des Facharztes für die bevorzugte Behandlung des durch den HzV-Arzt überwiesenen, arbeitsunfähigen HzV-Versicherten , für den beschleunigten Bericht an den HzV-Arzt und für die Kurzinformation an die IKK classic (VKNR 18333)
--------------	------------------	---

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für Knappschaft -
- nur für Dermatologen -

01745K	25,00 EUR	Prophylaktische Untersuchung und Beratung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, einmal alle 2 Jahre
---------------	------------------	--

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111) -
- nur für Dermatologen -

91051	25,00 EUR	Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 21. Lebensjahr, einmal alle 2 Jahre
--------------	------------------	---

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben, Bundeswehr und Bundespolizei -
- für Dermatologen und Hausärzte -

91051B	25,00 EUR	Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 20. Lebensjahr, einmal alle 2 Jahre
---------------	------------------	---

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für BIG direkt gesund -
- nur für Dermatologen -

91051G	25,00 EUR	Prophylaktische Untersuchung und Beratung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, einmal alle 2 Jahre
---------------	------------------	--

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für HEK -
- nur für Dermatologen -

91051H	25,00 EUR	Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 18. Lebensjahr, einmal alle 2 Jahre
---------------	------------------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für Barmer GEK -
- nur für Dermatologen -

91051R **25,00 EUR** Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 16. Lebensjahr,
einmal alle 2 Jahre

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für IKK classic (VKNR 18333) -
- nur für Dermatologen -

91051S **25,00 EUR** Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 20. Lebensjahr,
einmal alle 2 Jahre

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung - Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nach § 73c SGB V für Versicherte unter 35 Jahren

- gültig für Techniker Krankenkasse -
- nur für Dermatologen -

91051T **25,00 EUR** Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 21. Lebensjahr,
einmal alle 2 Jahre

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

- gültig für Zivildienst -
- für Dermatologen und Hausärzte -

91051Z **25,00 EUR** Prophylaktische Untersuchung und Beratung, ab dem 17. Lebensjahr,
einmal alle 2 Jahre

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

**Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie
- gültig für Barmer GEK, Bundeswehr und Bundespolizei -**

91371	90,00 EUR	Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an (Dauer mindestens 60 Minuten), einmal im Krankheitsfall
91372	60,00 EUR	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (Dauer mindestens 40 Minuten), einmal im Krankheitsfall
91373	45,00 EUR	Homöopathische Folgeanamnese (Dauer mindestens 30 Minuten bei GEK, 15 Minuten bei BKK Mobil Oil), einmal im Behandlungsfall
91374	25,00 EUR	Homöopathische Fallanalyse oder Repertorisation, zweimal im Krankheitsfall

**Vertrag nach § 73c SGB V zur besonderen Versorgung mit klassischer Homöopathie
- gültig für BKK Securvita, BKK Linde, Daimler BKK, BKK Essanelle, BKK 24, BKK Pfaff,
BKK Herkules, **BKK Alp plus** und IKK classic -**

81200	60,00EUR	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (Mindestdauer 40 Minuten), einmal im Krankheitsfall
81201	90,00EUR	Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres (Mindestdauer 60 Minuten), einmal im Krankheitsfall
81202	20,00 EUR	Repertorisation, zweimal innerhalb eines Kalenderjahres
81203	20,00 EUR	Homöopathische Analyse, zweimal innerhalb eines Kalenderjahres
81204	45,00 EUR	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten), einmal im Behandlungsfall
81205	22,50 EUR	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten), zweimal im Behandlungsfall
81206	10,00 EUR	Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten), fünfmal im Behandlungsfall

**Infektionsscreening - Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten
Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)**

**- gültig für BIG direkt gesund -
- nur für Gynäkologen -**

81103	26,00 EUR	Pauschale für Beratung und Durchführung eines Infektionsscreenings zwischen der 16. bis 24. Schwangerschaftswoche (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung der Therapie inkl. Nachkontrolle), einmal in der Schwangerschaft
-------	-----------	--

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), AOK Bayern, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Rheinland-Pfalz, **AOK Rheinland/Hamburg**, IKK classic (VKNR 18333), BIG direkt gesund, LKKen, Knappschaft, Postbeamtenkrankenkasse, Bundeswehr, Bundespolizei, Sozialämter und BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben

91401L	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab bzw. Pegaptanib, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91401R	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab bzw. Pegaptanib, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91402L	350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91402R	350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91405	60,00 EUR	Nachsorge, je Injektion an mindestens zwei Terminen (am 2.Tag, sowie am 5. - 7. Tag)

Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), AOK Bayern, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Rheinland-Pfalz, **AOK Rheinland/Hamburg**, IKK classic (VKNR 18333), BIG direkt gesund, LKKen, Knappschaft, Postbeamtenkrankenkasse, Bundeswehr, Bundespolizei, Sozialämter und BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben

91408L	270,00 EUR	Ärztliches Honorar, linkes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)
91408R	270,00 EUR	Ärztliches Honorar, rechtes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion zur Therapie der Diabetischen Makulopathie

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), AOK Bayern, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Rheinland-Pfalz, **AOK Rheinland/Hamburg**, IKK classic (VKNR 18333), BIG direkt gesund, LKKen, Knappschaft, Postbeamtenkrankenkasse, Bundeswehr, Bundespolizei, Sozialämter und BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben

91411L	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91411R	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91412L	350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91412R	350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91418L	270,00 EUR	Ärztliches Honorar, linkes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)
91418R	270,00 EUR	Ärztliches Honorar, rechtes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)
91415	60,00 EUR	Nachsorge, je Injektion an mindestens zwei Terminen (am 2.Tag, sowie am 5. - 7. Tag)

Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion zur Behandlung des Makulaödems als Folge eines retinalen Venenastverschlusses (VAV) oder retinalen Zentralvenenverschlusses (ZVV)

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), **AOK Rheinland/Hamburg**, IKK classic (VKNR 18333), BIG direkt gesund, LKKen, Knappschaft, Bundespolizei, Postbeamtenkrankenkasse, **Bundeswehr**, Sozialämter und BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben

91421L	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91421R	950,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung, sowie Beschaffung eines Biologikums mit dem Wirkstoff Ranibizumab, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91422L	350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, linkes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
91422R		350,00 EUR	Pauschale für die ärztliche Leistung sowie Beschaffung eines alternativen Biologikums, rechtes Auge, dreimal im Krankheitsfall, jede weitere Behandlung bedarf einer Kostenzusage der Krankenkasse
91428L		270,00 EUR	Ärztliches Honorar, linkes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)
91428R		270,00 EUR	Ärztliches Honorar, rechtes Auge (Medikamentenkosten für Lucentis siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90012)
91425		30,00 EUR	Nachsorge, je Injektion an mindestens zwei Terminen (am 2.Tag, sowie am 5. - 7. Tag)

Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion zur Behandlung des Makulaödems als Folge eines retinalen Venenastverschlusses (VAV) oder retinalen Zentralvenenverschlusses (ZVV)

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), **AOK Rheinland/Hamburg**, IKK classic (VKNR 18333), BIG direkt gesund, LKKen, Knappschaft, Bundespolizei, Postbeamtenkrankenkasse, **Bundeswehr**, Sozialämter und BKKen, die ihre Teilnahme erklärt haben

91431L		270,00 EUR	Ärztliches Honorar, linkes Auge (Medikamentenkosten für Ozurdex siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90015)
91431R		270,00 EUR	Ärztliches Honorar, linkes Auge (Medikamentenkosten für Ozurdex siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90015)
91435		30,00 EUR	Nachsorge, je Injektion an mindestens vier Terminen

Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

- gültig für Barmer GEK, Techniker Krankenkasse, DAK, KKH-Allianz, HEK, HKK und Polizei NRW

91406M		300,00 EUR	Ärztliches Honorar inklusive Anästhesie, linkes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90014)
91406S		300,00 EUR	Ärztliches Honorar inklusive Anästhesie, rechtes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90014)
91405E		65,00 EUR	Nachsorge, je Injektion an mindestens zwei Terminen (zwischen 2. Tag und 4. Tag, sowie postoperative Woche)

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Intravitrealen Injektion - Vertrag zur Behandlung

- der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD),
- von diabetischen Makulaödemen (DMÖ),
- von Makulaödemen nach retinalen Venenverschlüssen (RVV) und
- akuter posterioren Uveitis

mittels intravitrealer operativer Eingabe von VEGF-Hemmern oder Glucocorticoiden - gültig für Barmer GEK -

91441L	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit feuchter, altersabhängiger Makuladegeneration (AMD), linkes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91441R	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit feuchter, altersabhängiger Makuladegeneration (AMD), rechtes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91442L	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit diabetischen Makulaödemen (DMÖ), linkes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91442R	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit diabetischen Makulaödemen (DMÖ), rechtes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91443L	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit Makulaödemen nach retinalen Venenverschlüssen (RVV), linkes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91443R	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit Makulaödemen nach retinalen Venenverschlüssen (RVV), rechtes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91444L	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit akuter posteriorer Uveitis, linkes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91444R	300,00 EUR	Pauschale für ärztliches Operationshonorar bei Patienten mit akuter posteriorer Uveitis, rechtes Auge (Medikamentenkosten siehe unter Erstattungsfähige Kosten SNR 90011 - 90015)
91454L	60,00 EUR	Leistungskomplexpauschale für die Verlaufsdagnostik, linkes Auge, sechsmal im Krankheitsfall
91454R	60,00 EUR	Leistungskomplexpauschale für die Verlaufsdagnostik, rechtes Auge, sechsmal im Krankheitsfall
91455	65,00 EUR	Postoperativer Leistungskomplex, je Injektion

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Kataraktoperationen - Vereinbarung über die Förderung der Qualität ambulant durchgeführter Kataraktoperationen nach § 73c SGB V
- gültig für Primärkassen, Ersatzkassen, Bundeswehr, Polizei NRW, Zivildienst, Postbeamtenkrankenkasse, Sozialämter, Asylstellen, gilt auch für Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und für Anspruchsberechtigte nach den Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten (SVA) -

90441	15,34 EUR	Motivation, umfassende Beratung durch den Augenarzt , der die Operation <u>nicht</u> durchführt
10353C	695,00 EUR	Kataraktoperation
90446	48,57 EUR	Postoperative Diagnostik durch Facharzt oder Operateur
90447	35,79 EUR	Präoperative Diagnostik durch den Hausarzt

MRSA-Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V

86770	3,50 EUR	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung, einmal im Behandlungsfall
86772	13,14 EUR	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 86776, einmal im Behandlungsfall
86774	8,94 EUR	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 86776 im Zusammenhang mit der Durchführung der GOP 86772, je vollendete 10 Minuten, zweimal je Sanierungsbehandlung
86776	3,15 EUR	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers, einmal im Behandlungsfall
86778	4,56 EUR	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz, einmal im Behandlungsfall
86780	1,93 EUR	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich, einmal am Behandlungstag, maximal zweimal im Behandlungsfall
86781	1,93 EUR	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich, einmal am Behandlungstag, maximal zweimal im Behandlungsfall
86782	5,20 EUR	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden
86784	2,55 EUR	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 86782

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Onkologie Vereinbarung

Die Diagnose der Tumorerkrankung ist unter Angabe des endständigen Codes gemäß ICD-10-GM zu dokumentieren

86510	40,02 EUR	Behandlung florider Hämoblastosen, einmal im Behandlungsfall
86512	28,37 EUR	Behandlung solider Tumore, einmal im Behandlungsfall , nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig
86514	25,56 EUR	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie, einmal im Behandlungsfall , nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig
86516	168,62 EUR	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie, einmal im Behandlungsfall , nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig
86518	168,62 EUR	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung, im Behandlungsfall nicht neben der SNR 91501 (Palliativvertrag) berechnungsfähig, einmal im Behandlungsfall
86518P	118,62 EUR	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung, im Behandlungsfall neben der SNR 91501 (Palliativvertrag) berechnungsfähig, einmal im Behandlungsfall

Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

- gültig für Ersatzkassen, Primärkassen mit Ausnahme einiger BKKen, Freie Heilfürsorge und Postbeamtenkrankenkasse -

a) Haus- und Facharzt für Patienten im häuslichen Umfeld

91501	50,00 EUR	Pauschale für die Eingangsdiagnostik einschließlich Teilnahmeerklärung, Aktivierung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes, Betreuung des Patienten, Feststellung der Notwendigkeit und Übergabe von Patienten zur Erbringung von SAPV-Leistungen durch den PKD, einmal je Patient
91502	25,00 EUR	Zuschlag für Hausbesuche nach GOP 01410, 01411, 01412, 01415 bzw. 01410B, 01411B, 01412B, 01415B, bei einem Zeitungfang von bis zu 60 Minuten
91502S	40,00 EUR	Zuschlag für Hausbesuche nach GOP 01410, 01411, 01412, 01415 bzw. 01410B, 01411B, 01412B, 01415B, bei einem Zeitungfang von mehr als 60 Minuten

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

b) Haus- und Facharzt für Patienten in stationären Hospizen

92002	25,00 EUR	Zuschlag für den Besuch in einem stationären Hospiz nach GOP 01410, 01411, 01412 bzw. 01410B, 01411B, 01412B
92003	10,00 EUR	Zuschlag für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz nach GOP 01413

c) Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD) für Patienten im häuslichen Umfeld

Neben den Pauschalen nach SNR 91512, 91512S, 91513, 91513S, 91514, 91514S, 91518, 91518S sind Wegegebühren (Tag/Nacht) einzutragen (s. Teil 3).

91511	525,00 EUR	Pauschale für die Koordinierung der Versorgung eingeschriebener Palliativpatienten einschließlich Unterstützung und Anleitung von Angehörigen, Bereitstellung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes, Beratung einschließlich angeforderte konsiliarische Besuche, vollständige Versorgung von Patienten mit komplexem hausärztlich-ambulant nicht beherrschbarem Symptombeschehen (SAPV), einmal je Patient
91512	40,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01410 bzw. 01410B, bei einem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten
91513	70,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01411 bzw. 01411B, bei einem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten
91514	85,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01412 bzw. 01412B, bei einem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten
91518	80,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01415 bzw. 01415B, bei einem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten
91512S	55,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01410 bzw. 01410B, bei einem Zeitumfang von mehr als 60 Minuten
91513S	85,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01411 bzw. 01411B, bei einem Zeitumfang von mehr als 60 Minuten
91514S	100,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01412 bzw. 01412B, bei einem Zeitumfang von mehr als 60 Minuten
91518S	95,00 EUR	Pauschale für Hausbesuche anstelle GOP 01415 bzw. 01415B, bei einem Zeitumfang von mehr als 60 Minuten
91515	25,00 EUR	Zuschlag für Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktionen) im Rahmen des Hausbesuches

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	91516	120,00 EUR	Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung ab dem 6.Tag nach Einschreibung, für die ersten 14 Tage der Vollversorgung je Behandlungstag/Patient
	91517	60,00 EUR	Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung, ab dem 15. Tag der Vollversorgung je Behandlungstag/Patient

d) Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD) für Patienten in stationären Hospizen

Neben den Pauschalen nach SNR 92012, 92013, 92014 sind Wegegebühren (Tag/Nacht) einzutragen (s. Teil 3).

92010	95,00 EUR	Pauschale für die Durchführung eines palliativmedizinischen Assessments zu Beginn der Behandlung zur Klärung des palliativmedizinischen Status (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Stimmung, soziale und psychosoziale Situation), einmal je Patient
92011	120,00 EUR	Koordinations- und Bereitschaftspauschale für die Organisation ambulanter Behandlungsmaßnahmen und eine 24-stündige Rufbereitschaft für Hospizpatienten, einmal je Patient
92012	40,00 EUR	Pauschale für den Besuch in einem stationären Hospiz nach GOP 01410 bzw. 01410B
92013	70,00 EUR	Pauschale für den Besuch in einem stationären Hospiz nach GOP 01411 bzw. 01411B
92014	85,00 EUR	Pauschale für den Besuch in einem stationären Hospiz nach GOP 01412 bzw. 01412B
92016	20,00 EUR	Pauschale für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz nach GOP 01413
92015	25,00 EUR	Zuschlag für Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktionen) im Rahmen des Besuches in einem stationären Hospiz

**Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot zur Ergänzung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern
- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111), IKK classic (VKNR 18333) und alle BKKen, sofern sie ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung erklärt haben -**

91703	35,00 EUR	U 10 „Grundschulcheck“ Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahren
91704	15,00 EUR	Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111) und alle BKKen, sofern sie ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung erklärt haben -

91711	35,00 EUR	U 11 „Untersuchung“ im Alter von 9 bis 10 Jahren
91712	15,00 EUR	Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens

**Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche
- gültig für LKK NRW-**

91717	50,00 EUR	U 10 Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation
91718	50,00 EUR	U 11 Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation

Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen nach § 73c SGB V im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

- gültig für Bergische Krankenkasse und BKK pronova -

91715	50,00 EUR	J 2 Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung
--------------	------------------	---

Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen nach § 73c SGB V im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

- für Kinder- und Jugendmediziner und Hausärzte -

- gültig für Knappschaft -

81102	50,00 EUR	U 10 Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung
81120	50,00 EUR	U 11 Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung
81121	50,00 EUR	J 2 Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen nach § 73c SGB V im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin
- für Kinder- und Jugendmediziner, Fachärzte mit Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin und Hausärzte -
- gültig für Techniker Krankenkasse -

81102	50,00 EUR	U 10 Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung
81120	50,00 EUR	U 11 Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung
81121	50,00 EUR	J 2 Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahre, Pauschale für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung

Nicht-ionische Röntgenkontrastmittel, Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf
- nur für Urologen -

91055	2,35 EUR	Nicht-ionische, monomere Röntgenkontrastmittel, je 5 ml
91056	5,50 EUR	Nicht-ionische, dimere Röntgenkontrastmittel, je 5 ml

Nicht-ionische Röntgenkontrastmittel, Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf
- nur für Radiologen -

91061	2,35 EUR	Nicht-ionische, monomere Röntgenkontrastmittel, je 5 ml
91062	5,50 EUR	Nicht-ionische, dimere Röntgenkontrastmittel, je 5 ml

MRT-Kontrastmittel, Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf
- nur für Radiologen -

91063	3,75 EUR	Gadolinium MRT-Kontrastmittel, je 1 ml
91064	7,50 EUR	Gadobutrol MRT-Kontrastmittel, je 1 ml

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Schutzimpfungen

a) Einfachimpfungen

Diphtherie - Standardimpfung

89100A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89100B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89100R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Diphtherie - Sonstige Indikationen

89101A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89101B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89101R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

89102A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89102B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89102R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Haemophilus Influenzae b - Standardimpfung

89103A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89103B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

Haemophilus Influenzae b

89104A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89104B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

Hepatitis A

89105A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89105B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89105R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Hepatitis B - Standardimpfung

89106A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89106B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
Hepatitis B - Sonstige Indikationen			
89107A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89107B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89107R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Hepatitis B - Dialysepatienten			
89108A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89108B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89108R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Humane Papillomviren (HPV)			
89110A		8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89110B		8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Influenza (Virusgrippe) - Standardimpfung			
89111		6,40 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
Influenza - Sonstige Indikationen			
89112		6,40 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
Masern			
89113		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
Meningokokken Konjugatimpfstoff - Standardimpfung			
89114		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
Meningokokken - Sonstige Indikationen			
89115A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89115B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89115R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
Pertussis (Keuchhusten) - Standardimpfung			
89116A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89116B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89116R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Pertussis (Keuchhusten) - Sonstige Indikationen			
89117A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89117B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Pneumokokken-Konjugatimpfstoff - Standardimpfung			
89118A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89118B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff - Standardimpfung			
89119		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
Pneumokokken			
89120		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89120R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Poliomyelitis (Kinderlähmung)			
89121A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89121B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89121R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Poliomyelitis - Sonstige Indikationen			
89122A		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89122B		7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
89122R		7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Röteln			
89123		7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
Tetanus (Wundstarrkrampf)			
	89124A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89124B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
	89124R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung
Varizellen (Windpocken)			
	89125A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89125B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Varizellen - Sonstige Indikationen			
	89126A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89126B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
b) Zweifachimpfungen			
Diphtherie, Tetanus (DT)			
	89200A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89200B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Diphtherie, Tetanus (Td)			
	89201A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89201B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
	89201R	8,25 EUR	Auffrischungsimpfung
Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB)			
	89202A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89202B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B			
	89203A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
	89203B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

c) Dreifachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)

89300A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89300B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

Masern, Mumps, Röteln (MMR) im Erwachsenenalter

89301	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
-------	----------	--

Masern, Mumps, Röteln (MMR)

89301A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89301B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)

89302	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89302R	8,25 EUR	Auffrischungsimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)

89303	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89303R	8,25 EUR	Auffrischungsimpfung

d) Vierfachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)

89400	9,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89400R	9,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)

89401A	8,25 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89401B	8,25 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

e) Fünffachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DtaP-IPV-Hib)

89500A	9,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89500B	9,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

f) Sechsfachimpfung

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ B, Hepatitis B (DtaP-IPV-Hib-HB)

89600A	18,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
89600B	18,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

g) Impfberatung

89999N	4,00 EUR	Impfberatung als alleinige Leistung des Arzt-Patienten-Kontaktes. Die Impfberatung ist nur abrechnungsfähig, wenn der Patient im Quartal nicht kurativ behandelt wird.
---------------	-----------------	--

Schutzimpfung Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), außerhalb der Schutzimpfungsvereinbarung nach § 132e SGB V - gültig für Barmer GEK -

92402A	7,00 EUR	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie
92402B	7,00 EUR	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation
92402R	7,00 EUR	Auffrischungsimpfung

Vereinbarung über die Schutzimpfung Humane Papillomaviren (HPV) für 18- bis 26-jährige Patienten - gültig für Techniker Krankenkasse, BKK Achenbach und Deutsche BKK -

89021	6,00 EUR	Erstimpfung
89021A	6,00 EUR	Zweitimpfung
89021B	21,00 EUR	Drittimpfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

**Vereinbarung zu Schutzimpfungen für Auslandsreisen
- gültig für Techniker Krankenkasse -**

Werden bei dem selben Arzt-Patienten-Kontakt zwei oder mehr unterschiedliche Leistungen dieser Vereinbarung durchgeführt, wird die Wertigkeit der zweiten bzw. folgenden Leistung um jeweils 6,00 Euro reduziert. Die Verminderung der Wertigkeit ist Bestandteil der vertraglichen Vereinbarung und erfolgt unter Nutzung von Ersatz-Symbolnummern (s. Teil 7)

Cholera, oral

89801 12,00 EUR Verordnung

FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)

89802 12,00 EUR Erstimpfung

89802A 12,00 EUR Zweitimpfung

89802B 12,00 EUR Drittimpfung

Gelbfieber

89803 12,00 EUR Erstimpfung

Hepatitis A

89804 12,00 EUR Erstimpfung

89804A 12,00 EUR Zweitimpfung

Hepatitis B

89805 12,00 EUR Erstimpfung

89805A 12,00 EUR Zweitimpfung

89805B 12,00 EUR Drittimpfung

89805C 12,00 EUR Viertimpfung

Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)

89806 12,00 EUR Erstimpfung

89806A 12,00 EUR Zweitimpfung

89806B 12,00 EUR Drittimpfung

89806C 12,00 EUR Viertimpfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
Malariaprophylaxe, oral			
	89807	12,00 EUR	Verordnung
Meningokokken			
	89808	12,00 EUR	Erstimpfung
Tollwut			
	89809	12,00 EUR	Erstimpfung
	89809A	12,00 EUR	Zweitimpfung
	89809B	12,00 EUR	Drittimpfung
Typhus, parenteral/oral			
	89810	12,00 EUR	Verordnung
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)			
	89811	12,00 EUR	Erstimpfung
Vereinbarung zu Schutzimpfungen für Auslandsreisen - gültig für BKK Achenbach und Deutsche BKK -			
Cholera, oral			
	89801D	17,00 EUR	Verordnung
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)			
	89802D	17,00 EUR	Erstimpfung
	89802E	17,00 EUR	Zweitimpfung
	89802F	17,00 EUR	Drittimpfung
Gelbfieber			
	89803D	17,00 EUR	Erstimpfung
Hepatitis A			
	89804D	17,00 EUR	Erstimpfung
	89804E	17,00 EUR	Zweitimpfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
Hepatitis B			
	89805D	17,00 EUR	Erstimpfung
	89805E	17,00 EUR	Zweitimpfung
	89805F	17,00 EUR	Drittimpfung
	89805G	17,00 EUR	Viertimpfung
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)			
	89806D	17,00 EUR	Erstimpfung
	89806E	17,00 EUR	Zweitimpfung
	89806F	17,00 EUR	Drittimpfung
	89806G	17,00 EUR	Viertimpfung
Malariaprophylaxe, oral			
	89807D	17,00 EUR	Verordnung
Meningokokken			
	89808D	17,00 EUR	Erstimpfung
Tollwut			
	89809D	17,00 EUR	Erstimpfung
	89809E	17,00 EUR	Zweitimpfung
	89809F	17,00 EUR	Drittimpfung
Typhus, parenteral/oral			
	89810D	17,00 EUR	Verordnung
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)			
	89811D	17,00 EUR	Erstimpfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

**Vereinbarung zu Schutzimpfungen für Auslandsreisen
- gültig für BKK Novitas -**

Cholera, oral

89801P 15,00 EUR Verordnung

FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)

89802P 15,00 EUR Impfung

Gelbfieber

89803P 15,00 EUR Impfung

Hepatitis A

89804P 15,00 EUR Impfung

Hepatitis B

89805P 15,00 EUR Impfung

Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)

89806P 15,00 EUR Impfung

Meningokokken

89808P 15,00 EUR Impfung

Tollwut

89809P 15,00 EUR Impfung

Typhus, parenteral/oral

89810P 15,00 EUR Verordnung

Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)

89811P 15,00 EUR Impfung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

**Schwangerschaftsabbrüche nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) –
Kostenerstattung durch das Land NRW (Verfahrensweise siehe Internetseite der KVWL,
http://www.kvwl.de/arzt/abrechnung/svb/s_abbruch/index.htm)**

- operative Schwangerschaftsabbrüche -

98221	107,77 EUR	Ambulanter Schwangerschaftsabbruch einschl. aller erforderlichen klinischen Untersuchungen, ggf. einschl. Laborleistungen, ggf. einschl. Infusionen, ggf. einschl. erforderlicher Assistenz
98222	107,77 EUR	Ambulanter Schwangerschaftsabbruch einschl. aller erforderlichen klinischen Untersuchungen, einschl. Infiltrations- oder Leitungsanästhesie, ggf. einschl. Laborleistungen, ggf. einschl. Infusionen, ggf. einschl. Dokumentationsgebühr, ggf. einschl. erforderlicher Assistenz
98223	49,77 EUR	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines operativen Schwangerschaftsabbruchs, Dauer mehr als 2 Stunden.
98224	20,50 EUR	Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach SNR 98221, 98222 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch, einschl. Beratung(en), gynäkologischer Untersuchung und sonographischer Untersuchung(en), ggf. einschl. Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren, einmal im Behandlungsfall
98225	4,09 EUR	Kostenpauschale für Mittel des Sprechstundenbedarfs im Rahmen des Schwangerschaftsabbruches als Zuschlag zur SNR 98221
98226	146,33 EUR	Narkose/Anästhesie einschl. aller erforderlichen klinischen Untersuchungen des Anästhesisten, ggf. einschl. Laborleistungen
98227	104,97 EUR	Schwangerschaftsabbruch einschl. aller erforderlichen klinischen Untersuchungen, ggf. einschl. Laborleistungen, ggf. einschl. Infusionen, einschl. Kostenersatz für Bereitschaftsdienst, nur bei stationärer Behandlung durch Belegärzte
98228	18,92 EUR	Kostenpauschale für Mittel des Sprechstundenbedarfs im Rahmen des Schwangerschaftsabbruches als Zuschlag zur SNR 98222 bzw. 98226
98229	11,91 EUR	Besuch und Wegepauschale

- medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche -

98232	85,68 EUR	Kostenpauschale für den Bezug von Mifepreston bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs nach der SNR 98236
98233	52,47 EUR	Zuschlag zur Kostenpauschale nach SNR 98232 bei der Vergabe von Cergem, je Zäpfchen bei entsprechender medizinischer Indikation

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	98234	20,50 EUR	Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach SNR 98236 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch, einschl. Beratung und sonographischer Untersuchung(en), ggf. einschl. transkavitärer Untersuchung (en), einmal im Behandlungsfall
	98236	70,42 EUR	Ambulanter medikamentös ausgelöster Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag p.m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterkanals, ggf. einschl. Applikation wehenfördernder Mittel, einschl. Überprüfung der Indikation sowie einschl. der erforderlichen Begleitleistungen wie z.B. Laborleistungen, Beratungen, Sonografie, Infusion
	98237	49,77 EUR	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs, Dauer mehr als 2 Stunden
	98238	100,06 EUR	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs, Dauer mehr als 4 Stunden
	98225	4,09 EUR	Kostenpauschale für Sprechstundenbedarf

Sekundär- und Tertiärprävention
- gültig für AOK NORDWEST (VKNR 18111) -

	90030	25,56 EUR	Beratung des Patienten unter Berücksichtigung bestimmter Indikationen und Empfehlung von Maßnahmen für eine Rehabilitationsmaßnahme
--	--------------	------------------	---

Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- gültig für Ersatzkassen, Primärkassen, Zivildienst, Postbeamtenkrankenkasse, Sozialämter und Asylstellen -

	88895	163,00 EUR	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Voraussetzung dokumentierte Patientenkontakte (siehe SNR 91211) im Behandlungsfall
--	--------------	-------------------	---

Entnahme einer Spendercornea
- gültig für Ersatzkassen und Postbeamtenkrankenkasse -

	86800	25,60 EUR	Kostenerstattung für die Entnahme einer Spendercornea zur Hornhauttransplantation
--	--------------	------------------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Tonsillotomie - Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung

- gültig für KKH Allianz für Versicherte bis zum 7. Lebensjahr -

- gültig für BKKen, BARMER GEK und **Knappschaft** für Versicherte vom 3. bis zum 7. Lebensjahr -

a) Operationsleistungen

- nur Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde -

91601	350,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie
91602	385,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
91603	400,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff
91604	460,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie
91605	485,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie und Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
91606	500,00 EUR	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie und Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff

b) Anästhesieleistungen

- nur für Anästhesisten -

91601A	240,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie
91602A	275,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
91603A	275,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff
91604A	240,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie
91605A	285,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie und Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff
91606A	285,00 EUR	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit Adenotomie und Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff

c) postoperative Nachbehandlung

- nur Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde -

91611	10,00 EUR	Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung 1 Woche nach erfolgter Operation
91612	10,00 EUR	Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 5

Praxisgebühr

Kennzeichnung der Behandlungsfälle bezüglich der Praxisgebühr

a) Zu kennzeichnende Situationen, in denen die Praxisgebühr nicht einzuziehen ist.

Zu unterscheiden sind die ärztliche Behandlung in der Regelversorgung und die Behandlung im ärztlichen Notfalldienst bzw. in der Notfallambulanz des Krankenhauses (Notfallversorgung).

Die Ausnahme wird mit einer der folgenden Symbolnummern in der Abrechnung des betreffenden „Behandlungskreises“ des Quartals gekennzeichnet.

80032	ohne Wert	Der Patient hat eine Bescheinigung seiner Krankenkasse vorgelegt, dass (für den Rest des Kalenderjahres) keine Zahlung insgesamt bzw. für die Praxisgebühr mehr zu leisten ist.
80033	ohne Wert	Der Patient hat eine Quittung über die für das aktuelle Quartal bereits gezahlte Praxisgebühr vorgelegt.

a) Der Patient wird in der Regelversorgung behandelt. Die vorgelegte Quittung ist ausgestellt worden:

- vom behandelnden Arzt, der im Quartal zuerst in Anspruch genommen wurde und sich dann nachfolgend vertreten lässt, oder
- vom vertretenden Arzt (Urlaubs-/Krankheitsvertretung und kollegiale Vertretung in sprechstundenfreien Zeiten) bei dessen Erstinanspruchnahme im Quartal, oder
- vom Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bei dessen Erstinanspruchnahme im Quartal.

b) Der Patient wird in der Notfallversorgung behandelt. Die vorgelegte Notfallquittung ist

- vom erstbehandelnden Notarzt - Notfallarzt im Rahmen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes oder diensthabenden Arzt einer Notfallambulanz - ausgestellt worden.

Sonderfall für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die mit einem Praxisverwaltungssystem (PVS) abrechnen, das den Überweisungsschein nicht vorsieht:

- Legt der Patient eine gültige Überweisung vor, kann aber im PVS des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten keine Überweisung angelegt werden, wird der Behandlungsfall als „ambulante Behandlung“ abgerechnet.

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
80034	ohne Wert		Der Patient hat die Praxisgebühr im betreffenden „Behandlungskreis“ bei dem Arzt bzw. Psychotherapeuten entrichtet und wird in demselben Quartal arztpraxisübergreifend durch denselben Arzt bzw. Psychotherapeuten behandelt.
80035	ohne Wert		Der Patient hat die Praxisgebühr im betreffenden „Behandlungskreis“ für dieses Quartal bereits entrichtet und es besteht eine der folgenden Situationen: <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat innerhalb des Quartals die Krankenkasse gewechselt. • Innerhalb des Quartals hat ein Praxiskonstellationswechsel (neue Betriebsstättennummer) stattgefunden.
80040	ohne Wert		Bei den weiteren Leistungen des Falls, die neben denen der Mutterschaftsvorsorge (GOP 01770-01816) erbracht worden sind, handelt es sich nur um solche, die im Ausnahmefall nach den Mutterschafts-Richtlinien notwendig sind.

Achtung: Folgende Ausnahmen gelten nur für bestimmte Patienten und bestimmte Ärzte

80034D	ohne Wert	Der Patient wird im Rahmen des Integrationsvertrages der BKK vor Ort vom teilnehmenden Hausarzt in der Regelversorgung behandelt und hat bereits in einem Quartal desselben Kalenderjahres die Praxisgebühr entrichtet, oder der Patient nimmt am Hausarztvertrag der neue BKK teil.
80050	ohne Wert	Der Patient nimmt als Versicherter der Knappschaft oder der DAK am Gesundheitsnetz „Prosper“ teil und wird von einem Arzt behandelt, der ebenfalls an diesem Netz teilnimmt. Diese Ausnahme gilt sowohl für die Regelversorgung als auch für die Notfallversorgung.

b) Einzug der Praxisgebühr bei Überweisung aus dem Vorquartal

80030V	10,00 EUR	Der Patient hat die Praxisgebühr für die Regelversorgung entrichtet, da die Überweisung im Vorquartal ausgestellt wurde.
---------------	------------------	--

c) Kennzeichnung einer erfolglosen Mahnung

80036	ohne Wert	Der Patient hat für das aktuelle Quartal im betreffenden „Behandlungskreis“ die fällige Praxisgebühr nach Ablauf der Mahnfrist bis zum Quartalsende nicht entrichtet.
80036V	10,00 EUR	Sofern die Mahnfrist für die Praxisgebühr des Vorquartals erst im aktuellen Quartal abgelaufen ist: Der Patient hat für das Vorquartal im betreffenden „Behandlungskreis“ die fällige Praxisgebühr nach Ablauf der Mahnfrist bis zum Quartalsende nicht entrichtet.
80038	0,55 EUR	Portokosten für die Mahnung (Standardbrief).

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 6

Kennzeichnungen zur Notation bestimmter Merkmale

Kennzeichnung des Abrechnungs-/Überweisungsscheins zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus durch Diabetologische Schwerpunktpraxen in Westfalen-Lippe - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V, beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal einzutragen

90770A	ohne Wert	Typ-1-Diabetiker
90770B	ohne Wert	Typ-2-Diabetiker
90770C	ohne Wert	Gestations-Diabetikerin

Kennzeichnung zur Dokumentation von Patientenkontakten bei Sozialpsychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen - gültig für Ersatzkassen, Primärkassen, Zivildienst, Postbeamtenkrankenkasse, Sozialämter und Asylstellen -

91211	ohne Wert	Patientenkontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Kostenpauschale nach SNR 88895
-------	-----------	--

Kennzeichnung zur Dokumentation weiterer Arzt-Patienten-Kontakte wenn am Behandlungstag keine abrechnungsfähige Leistung anfällt

91215	ohne Wert	weiterer Arzt-Patienten-Kontakt
-------	-----------	---------------------------------

Kennzeichnung des Laborauftrages (Vordruck 10) bei Auftragsunterschreitung, wenn der beauftragte Arzt Teile des Auftrags nicht selbst erbracht, sondern weiterüberwiesen hat

90934	ohne Wert	Weiterüberweisung von Auftragsteilen (Labor)
-------	-----------	--

Kennzeichnung eines Abrechnungsscheines gemäß der Bestimmung Nr. 3 zu Kapitel 32.3 für in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten, in dem keine Abrechnung von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt

88192	ohne Wert	„wertleer“ angelegter Behandlungsfall für die Laborverrechnung
-------	-----------	--

Kennzeichnung der Überweisung, die von einem Vertragszahnarzt ausgestellt ist

90911	ohne Wert	Ausstellung von einem Vertragszahnarzt
-------	-----------	--

Kennzeichnung eines Abrechnungsscheines für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip für den Bereich der ärztlichen Behandlung gewählt haben

88190	ohne Wert	„wertleer“ angelegter Behandlungsfall für Verordnungen bei Wahltarif
-------	-----------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Teil 7

Von der KVWL gesetzte Symbolnummern

Pädiatrische Behandlungskomplexe

Bei Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5 EBM durch Ärzte, die in mehreren Schwerpunkten tätig sind, werden diese mit 90% des Leistungswertes vergütet.

04410 **04410I** **60,56 EUR**

bis

04580 **04580I** **14,83 EUR**

Internistische Behandlungskomplexe

Bei Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 EBM durch Ärzte, die in mehreren Schwerpunkten tätig sind, werden diese mit 90% des Leistungswertes vergütet.

13300 **13300I** **54,73 EUR**

bis

13701 **13701I** **14,35 EUR**

Disease-Management-Programme (DMP) - Vereinbarung nach § 73a SGB V zur Optimierung der Versorgung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V - gültig für DMP Asthma bronchiale, DMP COPD, DMP Diabetes Typ 1, DMP Diabetes Typ 2 und DMP Koronare Herzkrankheit -

Qualitätsmanagementpauschale

90051A oder 90051B Qualitätsmanagementpauschale, Haltearbeit zur kontinuierlichen Behandlung und Betreuung von DMP-Teilnehmern, **einmal im Behandlungsfall**

Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen nach § 73c SGB V im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin

81102B **50,00 EUR** **U 10** Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahre für **Techniker Krankenkasse**

81102C **50,00 EUR** **U 10** Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahre für **Knappschaft**

81120B **50,00 EUR** **U 11** Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre für **Techniker Krankenkasse**

81120C **50,00 EUR** **U 11** Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre für **Knappschaft**

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	81121B	50,00 EUR	J 2 Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahre, für Techniker Krankenkasse
	81121C	50,00 EUR	J 2 Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahre, für Knappschaft

Höchstwert „Ärztlicher Brief“

01605 **17,87 EUR** zu GOP 01600 und 01601

Höchstwert gem. Kapitel 11.4.2 des EBM

11505 **525,72 EUR** zu GOP 11312, 11320, 11321 und 11322 neben GOP 11500

Höchstwerte gem. Kapitel 32 des EBM

32118 **1,55 EUR** zu GOP 32110 - 32116

32138 **64,00 EUR** zu GOP 32137 - 32148

32139 **125,00 EUR** zu SNR 32137S - 32148S

32286 **24,50 EUR** zu GOP 32265 - 32283

32339 **24,10 EUR** zu GOP 32330 - 32337

32432 **16,80 EUR** zu GOP 32430

32433 **65,00 EUR** zu GOP 32426 und 32427

32434 **111,00 EUR** zu GOP 32426U und 32427U

32458 **33,40 EUR** zu GOP 32435 - 32456

32511 **42,60 EUR** zu GOP 32489 - 32505

32536 **62,40 EUR** zu GOP 32528

32644 **66,30 EUR** zu GOP 32569 - 32571, 32585 - 32641, 32642,
32660 - 32664

32695 **11,50 EUR** zu GOP 32690

32751 **39,00 EUR** zu GOP 32750

32771 **39,50 EUR** zu GOP 32770, je Mykobakterienart

32797 **46,00 EUR** zu GOP 32792 - 32794, je Körpermaterial

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Höchstwerte gem. Kapitel 35.3 des EBM

35303	126,87 EUR	zu GOP 35300 - 35302 für Kinder und Jugendliche bis zum vollendetem 18. Lebensjahr
35304	84,64 EUR	zu GOP 35300 - 35302 für Erwachsene ab Beginn des 19. Lebensjahres

Kataraktoperationen für nicht an der Vereinbarung über die Förderung der Qualität ambulant durchgeführter Kataraktoperationen nach § 73c SGB V teilnehmenden Ärzte - gültig für Primärkassen, Ersatzkassen -

31351	91351	450,00 EUR	Kataraktoperation
-------	--------------	-------------------	-------------------

Krebsfrüherkennung bei Männern

01734	01734M	2,45 EUR	Stuhltest neben GOP 01731
01740	01740M	10,16 EUR	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
01741	01741M	192,76 EUR	Koloskopischer Komplex gemäß den Krebs-Früherkennungsrichtlinien
01742	01742M	28,56 EUR	Zuschlag zur GOP 01741
01743	01743M	12,97 EUR	Histologie bei Früherkennungskoloskopie
01745	01745M	21,20 EUR	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
01746	01746M	16,82 EUR	Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung

Krebsfrüherkennung bei Männern BIG PREVENT

01740P	01740N	14,31 EUR	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
01746P	01746N	20,97 EUR	Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

**Vereinbarung zu Schutzimpfungen für Auslandsreisen
- gültig für Techniker Krankenkasse -**

Cholera, oral

89821	6,00 EUR	Verordnung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	---

FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)

89822	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	--

89822A	6,00 EUR	Zweitimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

89822B	6,00 EUR	Drittimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

Gelbfieber

89823	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	--

Hepatitis A

89824	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	--

89824A	6,00 EUR	Zweitimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

Hepatitis B

89825	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	--

89825A	6,00 EUR	Zweitimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

89825B	6,00 EUR	Drittimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

89825C	6,00 EUR	Viertimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)

89826	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
--------------	----------	--

89826A	6,00 EUR	Zweitimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
---------------	----------	---

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
	89826B	6,00 EUR	Drittimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
	89826C	6,00 EUR	Viertimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Malariaprophylaxe, oral			
	89827	6,00 EUR	Verordnung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Meningokokken			
	89828	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Tollwut			
	89829	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
	89829A	6,00 EUR	Zweitimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
	89829B	6,00 EUR	Drittimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Typhus, parenteral/oral			
	89820	6,00 EUR	Verordnung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)			
	89831	6,00 EUR	Erstimpfung neben weiteren Impfleistungen dieser Vereinbarung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt
Kennzeichnung Selbstbehandlung			
	90999	ohne Wert	Selbstbehandlung
Tagbesuch im ärztlichen Notfalldienst			
01411	01411D	46,44 EUR	Tagbesuch im Notfalldienst

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Hausärztlicher Versorgungsbereich Versichertenpauschalen (VP)

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

03110	03110R	45,88 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03111	03111R	33,93 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03112	03112R	39,32 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04110	04110R	45,88 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111	04111R	33,93 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112	04112R	39,32 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
03120	03120R	22,94 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03121	03121R	16,96 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03122	03122R	20,63 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04120	04120R	22,94 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04121	04121R	16,96 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04122	04122R	20,63 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
03130	03130R	18,51 EUR	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme
04130	04130R	18,51 EUR	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden

03110	03110H	20,85 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03111	03111H	15,42 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03112	03112H	17,87 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04110	04110H	20,85 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111	04111H	15,42 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112	04112H	17,87 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden, für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

03110H	03110W	22,94 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03111H	03111W	16,96 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03112H	03112W	19,66 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04110H	04110W	22,94 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111H	04111W	16,96 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112H	04112W	19,66 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Versichertenpauschalen (VP) bei fachärztlicher Tätigkeit durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung

Gebührenordnungspositionen, die gemäß Präambel 4.1 Nr. 4 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 40% erhalten, für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

04110F	04110J	64,23 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111F	04111J	47,50 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112F	04112J	55,05 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04120F	04120J	32,11 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04121F	04121J	23,75 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04122F	04122J	28,88 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres
04130F	04130J	25,91 EUR	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden, gemäß Präambel 4.1 Nr. 4 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 40% erhalten

04110F	04110G	29,19 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111F	04111G	21,59 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112F	04112G	25,02 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden, gemäß Präambel 4.1 Nr. 4 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 40% erhalten und gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM einen weiteren Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

04110G	04110K	32,11 EUR	VP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111G	04111K	23,75 EUR	VP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112G	04112K	27,53 EUR	VP ab Beginn des 60. Lebensjahres

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Fachärztlicher Versorgungsbereich Grundpauschalen (GP)

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

xx210	xx210R	xxxx EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
xx211	xx211R	xxxx EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
xx212	xx212R	xxxx EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13290	13290R	19,47 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13291	13291R	21,98 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13292	13292R	22,55 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13340	13340R	17,73 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13341	13341R	24,48 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13342	13342R	23,71 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13390	13390R	11,76 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13391	13391R	20,82 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13392	13392R	21,59 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13490	13490R	25,25 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13491	13491R	33,35 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13492	13492R	34,89 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13540	13540R	15,61 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13541	13541R	22,55 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13542	13542R	23,32 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13590	13590R	15,81 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13591	13591R	26,79 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13592	13592R	27,76 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13640	13640R	17,93 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13641	13641R	21,98 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13642	13642R	22,94 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13690	13690R	15,81 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13691	13691R	28,72 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13692	13692R	28,14 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
21213	21213R	30,65 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21214	21214R	28,91 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21215	21215R	29,30 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden

xx210	xx210H	xxxx EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
xx211	xx211H	xxxx EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
xx212	xx212H	xxxx EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13290	13290H	8,85 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13291	13291H	9,99 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13292	13292H	10,25 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13340	13340H	8,06 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13341	13341H	11,13 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13342	13342H	10,78 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13390	13390H	5,34 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13391	13391H	9,46 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13392	13392H	9,81 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13490	13490H	11,48 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13491	13491H	15,16 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13492	13492H	15,86 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13540	13540H	7,10 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13541	13541H	10,25 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13542	13542H	10,60 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13590	13590H	7,18 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13591	13591H	12,18 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13592	13592H	12,62 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13640	13640H	8,15 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13641	13641H	9,99 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13642	13642H	10,43 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13690	13690H	7,18 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13691	13691H	13,06 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13692	13692H	12,79 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden, für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

xx210H	xx210W	xxxx EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
xx211H	xx211W	xxxx EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
xx212H	xx212W	xxxx EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13290H	13290W	9,74 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13291H	13291W	10,99 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13292H	13292W	11,28 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13340H	13340W	8,87 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13341H	13341W	12,24 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13342H	13342W	11,86 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13390H	13390W	5,88 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13391H	13391W	10,41 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13392H	13392W	10,79 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
13490H	13490W	12,63 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13491H	13491W	16,68 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13492H	13492W	17,45 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13540H	13540W	7,81 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13541H	13541W	11,28 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13542H	13542W	11,66 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13590H	13590W	7,90 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13591H	13591W	13,40 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13592H	13592W	13,88 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13640H	13640W	8,97 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13641H	13641W	10,99 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13642H	13642W	11,47 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
13690H	13690W	7,90 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
13691H	13691W	14,36 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
13692H	13692W	14,07 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres
21213H	21213W	15,33 EUR	GP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
21214H	21214W	14,46 EUR	GP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
21215H	21215W	14,65 EUR	GP ab Beginn des 60. Lebensjahres

Fachärztlicher Versorgungsbereich Konsiliarpauschalen (KP)

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

12210	12210R	8,67 EUR	Konsiliarpauschale
17210	17210R	9,64 EUR	Konsiliarpauschale
19210	19210R	6,94 EUR	Konsiliarpauschale
24210	24210R	5,78 EUR	KP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
24211	24211R	4,82 EUR	KP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
24212	24212R	5,78 EUR	KP ab Beginn des 60. Lebensjahres
25210	25210R	31,23 EUR	KP bei gutartiger Erkrankung
25211	25211R	68,05 EUR	KP bei bösartiger Erkrankung
25214	25214R	9,83 EUR	KP nach strahlentherapeutischer Behandlung

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden.

12210	12210H	3,94 EUR	Konsiliarpauschale
17210	17210H	4,38 EUR	Konsiliarpauschale
19210	19210H	3,15 EUR	Konsiliarpauschale
24210	24210H	2,63 EUR	KP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
24211	24211H	2,19 EUR	KP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
24212	24212H	2,63 EUR	KP ab Beginn des 60. Lebensjahres
25210	25210H	14,19 EUR	KP bei gutartiger Erkrankung
25211	25211H	30,93 EUR	KP bei bösartiger Erkrankung
25214	25214H	4,47 EUR	KP nach strahlentherapeutischer Behandlung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Gebührenordnungspositionen, die gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 2.1.6 und/oder 4.1 des EBM mit 50% des Leistungswertes vergütet werden, für arztgruppen- oder schwerpunktgleiche (Teil)- Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe/desselben Schwerpunktes gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 5.1 des EBM einen Aufschlag in Höhe von 10% erhalten

12210H	12210W	4,34 EUR	Konsiliarpauschale
17210H	17210W	4,82 EUR	Konsiliarpauschale
19210H	19210W	3,47 EUR	Konsiliarpauschale
24210H	24210W	2,89 EUR	KP bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
24211H	24211W	2,41 EUR	KP ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
24212H	24212W	2,89 EUR	KP ab Beginn des 60. Lebensjahres
25210H	25210W	15,61 EUR	KP bei gutartiger Erkrankung
25211H	25211W	34,02 EUR	KP bei bösartiger Erkrankung
25214H	25214W	4,92 EUR	KP nach strahlentherapeutischer Behandlung

EBM- Nummer	Symbol- nummer	Betrag	Bemerkungen
----------------	-------------------	--------	-------------

Weegebühren außerhalb des ärztlichen Notfalldienstes

40220B	1,40 EUR	Wegepauschale bei einer Entfernung unter 2 km zwischen 7 und 19 Uhr am Tage (zu GOP 01410, 01411, 01412, 01414, 01415, 01721, 05230)
40226B	2,50 EUR	Wegepauschale bei einer Entfernung unter 2 km zwischen 19 und 7 Uhr bei Nacht (zu SNR 01410B, 01411B, 01412B, 01414B, 01415B, 01721B, 05230B)
90034B	je DKM 1,65 EUR	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 km zwischen 7 und 19 Uhr am Tage (zu GOP 01410, 01411, 01412, 01414, 01415, 01721, 05230)
90037B	je DKM 3,05 EUR	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als 2 km zwischen 19 und 7 Uhr bei Nacht (zu SNR 01410B, 01411B, 01412B, 01414B, 01415B, 01721B, 05230B)

Weegebühren im ärztlichen Notfalldienst

40220D 40220E	1,05 EUR	Wegepauschale im ärztlichen Notfalldienst bei einer Entfernung unter 0,5 km am Tage (zu GOP 01411)
40226D 40226E	2,10 EUR	Wegepauschale im ärztlichen Notfalldienst bei einer Entfernung unter 0,5 km bei Nacht (zu GOP 01411N)
90034D 90034E	je DKM 1,12 EUR	Wegegeld im ärztlichen Notfalldienst am Tage (zu GOP 01411)
90037D 90037E	je DKM 2,43 EUR	Wegegeld im ärztlichen Notfalldienst bei Nacht (zu GOP 01411N)

Kennzeichnung „Wertleerer“ Behandlungsfall

90990	ohne Wert	„wertleer“ aufgebener oder in der KV „wertleer“ geregelter Behandlungsfall
--------------	------------------	--