

# Wie verstehe ich meine KV-Abrechnung?

Pädiatrefe Köln 13.04.2013

# Quartalskonto/Abrechnungsbescheid

Bezirksstelle:

## QUARTALSKONTO / ABRECHNUNGSBESCHIED

Praxis

Seite: 1

Betriebsstättennummer:

Abrechnungsquartal: 3/2012

Ausfertigungsdatum: 22.01.2013

Buchungstext	Beleg-Nr.	Datum	Bezugs-quartal	Fallzahl	Belastungen EUR	Gutschriften EUR
001 VKK Honorar			3/2012	1314		67.268,94
001 VKK Nachvergütung Überschuss Hausärzte	99617	04.12.12	1/2012			1.564,16
001 VKK Nachvergütung Überschuss Hausärzte	99617	04.12.12	2/2012			1.489,62
001 VKK Honorar 3624695 Notfallpraxis			3/2012			602,37
004 VKK Präv.-Vereinb. U10/U11			3/2012			350,00
004 VKK Präventionsvertrag J2			3/2012			50,00
004 VKK Hon. Präventionsvereinb. Kinder			3/2012			150,00
040 SHT Honorar			3/2012	18		1.146,71
220 SVA Honorar			3/2012	1		42,31
Gesamthonorar-Saldo				1333		72.664,11
701 Verwaltungskosten 2,6%			3/2012		1.889,27	
702 Kosten Notfallpraxis 3624695			3/2012		60,00	
703 Beitr. Ärztliches Hilfswerk 3624695			3/2012		3,00	
706 Praxisgebühr			3/2012		10,00	
726 Verw.K. Präventionsvereinb.U10/U11			3/2012		5,95	
726 Verw. K. U10/U11, 1,7% Service GmbH			3/2012		2,55	
726 Verw.K. Präventionsvertrag J2			3/2012		0,85	
730 eToken-Bestellung 3624695		08.07.12	3/2012		10,00	
730 eToken-Bestellung 3624695		30.09.12	3/2012		10,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		10.07.12	3/2012		19.000,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		20.08.12	3/2012		18.600,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		17.12.12	3/2012		18.200,00	
779 Nachvergütung Hausärzte	99617	12.12.12	2/2012		2.974,38	
783 Restzahlung		22.01.13	3/2012		11.898,11	
					72.664,11	72.664,11

Scheinschnitt: 72664€ : 1333 Fälle = 54,51 €

# Scheinschnitt

- Fallwerte in € für Kinder- u. Jugendärzte in KVNo:

• 1/2011	43,86
• 2/2011	48,41
• 3/2011	46,80
• 4/2011	44,92
• 1/2012	44,03
• 2/2012	48,07
• 3/2012	47,23

# Gesamt-Honorar

- **Gesamt-Honorar=**

- **RLV/QZV- Leistungen**

- RLV:
- QZV:
  - Allergologie,
  - Hyposensibilisierung
  - Sonographie
  - Psychosomatische Grundversorgung

- **+ Extra-RLV-Leistungen**

- Labor
- KV-Notdienst
- Impfungen
- Vorsorgen

# RLV-Bescheid

Regelleistungsvolumen (RLV) 3. Quartal 2012		
Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) der Betriebsstätte in EUR	48.676,64
	Name, Vorname:	Arztnummer (LANR):
<b>1</b>	<b>Arzt- bzw. LE-bezogene Angaben</b>	
1.1	Niederlassungsdatum	02.01.1999
1.2	RLV-Arztgruppe	Kinder- und Jugendärzte - Hausärzte
<b>2</b>	<b>Ermittlung des RLV und Abstufung</b>	
2.1	Fallwert der Arztgruppe in EUR	35,16
2.2	durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der RLV-Arztgruppe (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges)	1.466,70
2.3	abgestaffelter Fallwert zwischen 150 bis 170% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	26,37
2.4	abgestaffelter Fallwert zwischen 170 bis 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	17,58
2.5	abgestaffelter Fallwert über 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	8,79
2.6	individuelle RLV-relevante Fallzahl	1.357,00
2.7	Überschreitung der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (laut Punkt 2.2) absolut	0,00
2.8	Überschreitung der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (laut Punkt 2.2) in %	0,00%
2.9	davon (laut Punkt 2.2)	
2.10	Fallzahlen bis 150%	1.357,00
2.11	Fallzahlen zwischen 150 und 170%	0,00
2.12	Fallzahlen zwischen 170 und 200%	0,00
2.13	Fallzahlen über 200%	0,00
2.14	RLV für Fallzahlen bis 150% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.1 x 2.10)	47.712,12
2.15	RLV für Fallzahlen zwischen 150 bis 170% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.3 x 2.11)	0,00
2.16	RLV für Fallzahlen zwischen 170 bis 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.4 x 2.12)	0,00
2.17	RLV für Fallzahlen über 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.5 x 2.13)	0,00
2.18	Regelleistungsvolumen in EUR (2.14 + 2.15 + 2.16 + 2.17)	47.712,12
2.19	<u>BAG-Zuschlag</u>	1,0000
2.20	Regelleistungsvolumen inkl. Förderung in EUR (vorläufig) (2.18 x 2.19)	47.712,12
<b>3</b>	<b>Berücksichtigung der Versichererstruktur und QZV</b>	
3.1	<u>Gleichungsfaktor Versichererstruktur (GFVS)</u>	0,9988
3.2	Regelleistungsvolumen inkl. GFVS in EUR (2.20 x 3.1)	47.645,32
3.3	Regelleistungsvolumen (RLV) Arzt in EUR (3.2)	47.645,32
3.4	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) Arzt in EUR gem. 4.0 (siehe Rückseite)	1.031,32
3.5	Summe RLV + QZV Arzt in EUR (3.3 + 3.4)	48.676,64

Evtl. ADHS Budget

# RLV-relevante Fallzahl

- $RLV = RLV\text{-relevante Fallzahl} \times RLV\text{-Fallwert}$

- **RLV-relevante Fallzahl:**

Nur ambulant-kurative Behandlungsfälle sind RLV-Fälle. Ausgenommen sind **Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen** von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. Außerdem Fälle, in denen Ärzte **ausschließlich Leistungen abgerechnet haben, die nicht dem RLV unterliegen (z. B. Prävention)**.

**ambulant-kurative Behandlungsfälle** definieren sich **nicht** durch kurative Diagnosen, sondern durch **RLV-Ziffer** wie 04110, 04111 etc ( siehe unten )

- **näherungsweise Berechnung: RLV-relevante Fallzahl:**

alle Abrechnungsfälle

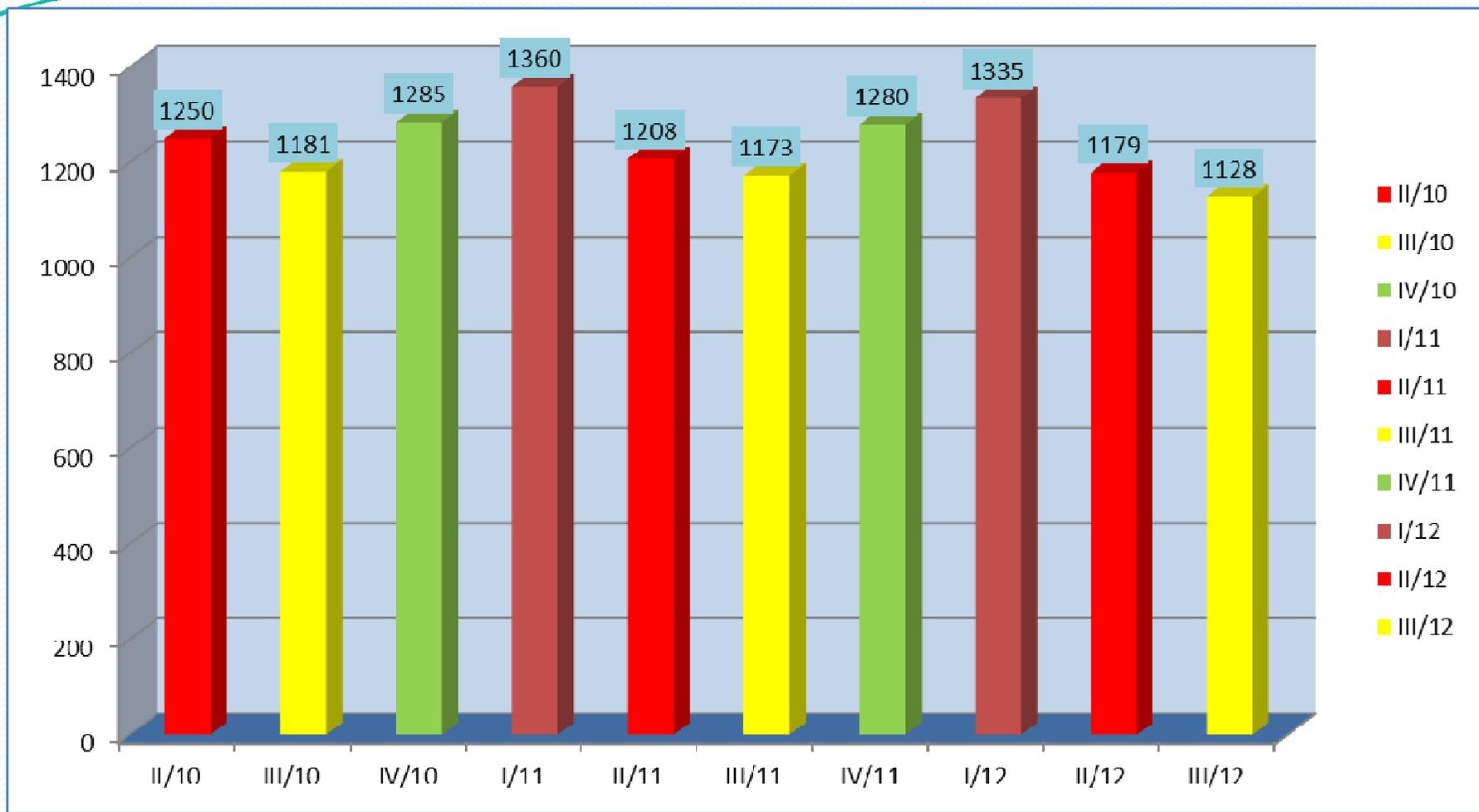
- Notfälle:
- alle Fälle mit Impfungen ohne 04110/04111 ( zB Eltern)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Gesamtübersicht vor Prüfung

BSNR	Name	Ort	
<b>AMBULANT</b>			
	Honoraranforderung der Praxis nach EBM-Begrenzung	gewogener Falldurchschnitt der Praxis	Modifizierter Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe
	22.025,0	16,9	10,1
	263.490,0	200,7	104,3
	1.289.405,0	980,1	859,7
	46.875,0	35,9	19,5
	216.615,0	164,8	84,8
	5.800,0	4,4	66,3
	42.860,0	32,6	37,2
Kapitel 31/36			
	1.623.580,0	1.235,3	1.077,6
Gesamtleistungen			
Arztgruppenüberg. spezielle Leistungen (Euro)			
	232,45	0,18	0,21
	78,08	0,06	0,07
	268.050,0	971,3	971,3

	Durchschn. Verweildauer In Tagen	Fallzahl der Praxis								Durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe							
		Gesamt		Mitglieder		Fam.-Angeh.		Rentner		Gesamt		Mitglieder		Fam.-Angeh.		Rentner	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Kurativ	Alle Abr.-Fälle	1314	7	1282	97	25	1	1392	16	1	1351	97	24	1			
	Bekundärsohleine	64	2	56	87	6	9	181	4	2	173	95	3	1			
	davon Notfallfälle	9	1	2	22	6	66	105	2	2	100	95	1	1			
	davon Vertreterfälle	55	1	54	98			63		1	61	96	1	1			
	davon Zuweisungen										96			3			
	davon Überweisungen							13		4	12	91		3			
Sonstige	Mutterschaftsvorsorge							13	10	76	2	19		3			
	Früherkennung	276		273	98	3	1	259	2		254	98	2				
	Empfängnisreg., Steril., Schw.- Abbr.							27	5	20	20	74	1	5			



# RLV-Leistungen

## Liste aller RLV-Leistungen:

Ziffer	Honorar in €	Legende
• 04110	41,71 (BAG 45,88)	Versicherungspauschale bis 5. LJ
• 04111	30,83 (BAG 33,92)	Versicherungspauschale von 6. LJ- 18.LJ
• 04212	17,35	Chronike Erkrankung
• 01430	1,23	Verwaltungspauschale
• 01435	8,76	tel. Kontakt
• 04335	8,76	Audiometrie
• 04330	5,96	Spirographie
• 04350	16,82	Untersuchung zur funkt. Entwicklung
• 04351	9,46	orient. Entwickl. Neurol. Untersuchung
• 04352	28,21	vollst. Entwicklungsstatus
• 04353	16,47	Sprachdiagnostik
• 04354	7,18	Zuschlag bei Vorsorgen
• 02500	1,40	Einzelinhalation
• 02310	20,33	sek. Wundheilung
• 01621	4,38	Krankheitsbericht
• 01622	8,24	Kurplan
• 01623	5,26	Kurvorschlag

# EBM-Reform ab 1.1.2013

## **01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale**

### **Beschreibung**

### **Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale**

### **Obligater Leistungsinhalt**

- Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß [4.3.1](#) der Allgemeinen Bestimmungen

### **Abrechnungsbestimmung**

einmal im Behandlungsfall

### **Anmerkung**

Die Gebührenordnungsposition [01435](#) ist im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsilarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition [01435](#) nicht berechnungsfähig.

# EBM-Reform ab 1.1.2013

## 01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

### Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

### Berichtspflicht

Nein

Gesamt  
8,84 €

# EBM-Reform ab 1.1.2013

## **01435A Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale**

### **Anmerkung**

Die Gebührenordnungsposition **01435** ist nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition **01435** ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

### **Berichtspflicht**

**Nein**

**Gesamt  
8,84 €**

01.02.2011	D	A	hustet seit 3 Tagen, kein Fieber, gelbl. Schnupfen, inhaliert mit
	D	A	Salbu morgen und abends 2 Hübe, singular, Cortison,
	D	B	TF re. matt, leicht gerötet, li. nicht einsehbar, Rachen oB,
	D	B	Cor oB, Pulmo zahlreiche mittelbl. Rgs.,
	D	M	INFECTOMYCIN 200 Saft, Trockensaft 100ml N1   1,5-0-1,5 MEßl.
	D	L	04110
	D	D	Pneumonie
	D	X	Vorberichte bei Praxis Hüskes 02154-7877 angefordert, werden
	D	X	gefaxt-mw
	D	>	MV.92125-01-01, -, fax, KH Neuwerk--no
04.02.2011	A	A	0 Fieber, Husten etwas lockerer
	A	B	TF und Rachen oB, Cor oB, Pulmo frei,
	A	D	Z.n.Pneumonie
	A	T	AB zuende nehmen
	A	L	01435

# EBM-Reform ab 1.1.2013

01 430 | Verwaltungskomplex

## Obligater Leistungsinhalt

Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt  
und/oder  
Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt  
und/oder  
Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal

## Fakultativer Leistungsinhalt

Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtung

Gesamt)  
1,06 €

# EBM-Reform ab 1.1.2013

01 430 | Verwaltungskomplex

## Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01430 ist im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.

# EBM-Reform ab 1.1.2013

~~12.02.2009 A | A tel. Vater: Übelkeit, E Beratung-rb~~

12.02.2009 A | A tel. Vater: Übelkeit, E---Beratung--rb  
A | D V.a.funktionelle abdominelle Beschwerden  
A | L 01430

## *EBM 2008* bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert

Orientierungspunktwert

=

Bundes-Gesamt-  
Vergütung 2008

Summe aller RLV der  
Landes-KVen 2008

Orientierungspunktwert = 3,5363 Cent

→ Startseite

→ Aktuell

→ Die KBV

→ Mediathek

→ Politik

→ Rechtsquellen

→ Service

→ Themen A-Z

→ Übersicht

→ Archiv

→ Kontakt

→ Karriere

Impressum | © 2012 KBV

## Willkommen bei der KBV!

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.



Themen-Spezial (öffnet in neuem Fenster)



Suche

→ Erweiterte Suche

» KBVMesse 2012

→ Versorgungsinnovation 2012  
vom 27. bis 29. Februar

\*\*\*JETZT ANMELDEN\*\*\*

**KBV** Messe  
Versorgungsinnovation 2012

📺 Filmtipp auf KV-on

📺 Versorgungsstrukturgesetz -  
Die wichtigsten Paragraphen  
kinderleicht erklärt.  
(Videolänge: 3.40 min)





- Aktuelles
- ICD-10 in der Praxis
- Kodierhilfen

- Übersicht
- Archiv

Impressum | © 2012 KBV

## Willkommen bei "ICD kodieren"

Vier- oder fünfstellig? „G“ oder „V“? Kreuz-Code oder Stern-Code? – Das Kodieren von Behandlungsdiagnosen nach der ICD-10-GM erscheint zunächst nicht ganz einfach. Doch wer sich einmal damit beschäftigt hat, wird merken, dass es so kompliziert gar nicht ist. Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind seit dem Jahr 2000 gesetzlich verpflichtet, jede Behandlungsdiagnose so genau wie möglich zu kodieren. Durch die Erfassung der Diagnosen ist es möglich, die Morbidität der Patienten bundesweit zu messen. Die so dokumentierte Krankheitslast ist ein wichtiger Indikator für den Behandlungsbedarf und damit auch für die Finanzierung der medizinischen Versorgung.

### Tipps und Hinweise zum richtigen Kodieren

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt auf dieser Seite nach und nach Hinweise und praktische Tipps zum Umgang mit der ICD-10-GM (der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - German Modifikation) bereit. Checklisten, Kodier-Beispiele und FAQ sollen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten dabei unterstützen, ihre Behandlungsdiagnosen richtig zu verschlüsseln. Der ICD-10-Browser, ein Softwareprodukt, erleichtert die Codesuche.



Suche



→ [Erweiterte Suche](#)

- **Auf dieser Seite**
- [Druckversion](#)

**Aktuelles**

➤ **Ambulante Kodierrichtlinien fallen weg – Pflicht zum Kodieren bleibt**  
 12.09.2011 Die umstrittenen Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR), die zum 1. Juli 2011 bundesweit eingeführt werden sollten, sind vom Tisch. Die KBV und der Spitzenverband der Krankenkassen haben eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen. Danach müssen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die AKR nicht anwenden.

» **Service-Links**

➤ **ICD-10-Browser der KBV**  
 Das neue Suchinstrument ermöglicht das Navigieren durch die ICD-10-GM nach unterschiedlichen Kriterien (Freitext, Code, Navigationsbaum) und enthält Hinweise zur korrekten Verschlüsselung.

↑ [Seitenanfang](#) [Druckversion](#)

Z26.9

Hi	T	Zi	K	Qu	Kode	Bezeichnung
					Z26.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit

21 - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Z20-Z29 - Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten

### Z26.9 Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit

Verschlüsselungsanleitung DIMDI

Thesaurus

Zusatzinformationen

#### Diagnosethesaurus

- Beratung und Impfung
- Einzelimpfung
- Grundimmunisierung
- Immunisation
- Immunisierung
- Impfberatung
- Impfung
- Prophylaktische Impfung
- Reiseimpfberatung
- Schutzimpfung
- Vakzination
- Vorbeugende Impfung

infekt der oberen luftwege

Hi	T	Zi	K	Qu	Kode	Bezeichnung
					J06.9	Infekt der oberen Atemwege
					J06.9	Infekt der oberen Luftwege
					J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege
					J06.8	Akute Infektion der oberen Atemwege multiplen Sitzes

10 - Krankheiten des Atmungssystems  
 J00-J06 - Akute Infektionen der oberen Atemwege

**J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet**

Verschlüsselungsanleitung DIMDI    Thesaurus    Zusatzinformationen

**Diagnosenthesaurus**

- Akute Erkrankung der oberen Atemwege
- Akute Infektion der oberen Atemwege
- Akute Infektion der oberen Luftwege

28.01.2011	B	M	Emesan K, Kdr.-Suppositorien 5ST N1
	B	L	01430
	B	D	Erbrechen
30.01.2011	B	A	28.1. 2xE, T bis 38,1, jetzt weiterhin sehr schlapp, kein Appetit
	B	B	TF + Rachen oB, Cor + Pulmo oB, Bauch weich, normale Peristaltik
	B	M	Dolormin für Kinder Ibuprofensaft 4%, Suspension 100ml N1
	B	L	01210-01211-32122
	B	D	heberhafter Virusinfekt
	B	X	Leuk:4,6,Hb:13,2,Throm:185,LYM:23,9,MXD:11,5,NEUT:64,6

21.01.2011	A	A	K Pulmo, erneut Husten, 0 Fieber
	A	B	TF. bds. + Ra. oB., Cor oB., Pulmo versch. AG,
	A	B	kein Meningismus, Bauch weich, Perist. norm.,
	A	M	Bronchipret Saft TE, Saft 50ml N1
	A	L	01210-01211
	A	D	Bronchitis
18.02.2011	B	M	OLYNTH 0.05% f Kinder, Nasendosierspray 10ml N1
	B	M	Bronchipret Saft TE, Saft 50ml N1
	B	L	04110R
	B	D	Infekt der oberen Luftwege
	B	B	TF. bds. + Ra. oB., Cor oB., Pulmo versch. AG,
	B	B	kein Meningismus, Bauch weich, Perist. norm.,

## 5.1 Ersatzverfahren und Sonderfälle

Im Ersatzverfahren ist immer der entsprechende Abrechnungsschein auszustellen und vom Patienten zu unterschreiben, mit Ausnahme der nachfolgend genannten Sonderfälle:

1. Folgende Fälle sind als „ärztliche Behandlung“ zu kennzeichnen:
  - der Behandlungsfall besteht wegen fernmündlicher Leistungserbringung nur aus den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01214, 01216, 01218, 01435 EBM
  - und/oder der Behandlungsfall besteht nur aus der GOP 01430 EBM (Verwaltungskomplex)
  - und/oder der Behandlungsfall besteht wegen schriftlicher Befundmitteilungen nur aus den GOP 01600, 01601, 01602, 01623 EBM.

Es gibt für diese Datensätze im Regelfall kein im Abrechnungsquartal liegendes Einlesedatum einer Versichertenkarte.

# QZV-Leistungen

 <b>Kassennärztliche Vereinigung Nordrhein</b> Gute Versorgung. Gut organisiert. Körperschaft des öffentlichen Rechts		Datum : 10.12.2012 Abrechnungsquartal : 1/2013 Seite : 2	
Betriebsstätten-Nr. (BSNR)			
Name, Vorname:		Arztnummer (LANR):	
<b>4</b>	<b>Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) in Euro</b>		
	<b>RLV-relevante Fallzahl:</b>	<b>1.568,50</b>	
	<b>QZV-Leistungsbereich</b>	<b>QZV-Fallwert</b>	<b>Leistungs-Fallzahl</b>
	Allergologie	38,60	10,00
	Hyposensibilisierung	26,47	21,58
	Psychosomatische Grundversorgung Übende Verfahren	14,74	0,00
	Sonographie für Kinderärzte	11,63	121,00
<b>4.0</b>	<b>Summe QZV</b>		<b>2.364,45</b>

# RLV+QZV-Leistungen

 <b>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein</b> Gute Versorgung. Gut organisiert. Körperschaft des öffentlichen Rechts	Datum :	19.12.2012
	Abrechnungsquartal :	3/2012
<b>Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen</b>		
Name	Straße/Ort	BSNR: Seite: 1

1.	Feststellung RLV / QZV Über-/ Unterschreitung	Punktzahl	EURO
1.1	mitgeteiltes RLV/QZV in EUR		48.676,64
1.2	abgerechnetes RLV/QZV in EUR (2.1 + 3.1)		55.987,25
1.3	Orientierungs-PW in Cent (OPW)	3,50480	
1.4	Punktwert (in Cent) für die überschreitenden Leistungen (Rest-PW)	0,62697	
1.5	Unterschreitung (wenn 1.1 > 1.2, dann 1.1 minus 1.2)		
1.6	Überschreitung (wenn 1.2 > 1.1, dann (1.2 minus 1.1) geteilt durch 1.3 x 1.4)	208.588,9	1.307,79
2.	Bezeichnung	Punktzahl	EURO
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	14.245,0	499,26
	Sonographie I	14.685,0	514,68
2.1	Summe	28.930,0	1.013,94
3.	Angeforderter Leistungsbedarf RLV	Punktzahl	EURO
3.1	RLV	1.568.514,9	54.973,31
4.	RLV - Berechnung mit Anrechnung der QZV		EURO
4.1	RLV/QZV in EUR, OPW (1.1 minus 1.5)		48.676,64
4.2	anrechenbare Leistungen über RLV in EUR Rest-PW (aus 1.6)		1.307,79
		gesamt	49.984,43

# Quotierung Krankenkassen

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein		Datum/Uhrzeit : 19.12.2012 / 06:17:14
Bezirksstelle :		Abrechnungsquartal : 3/2012
<b>Quotierung Vertragskassen</b>		
Name	Straße/Ort	BSNR.:
		Seite : 1

Buch. Schl.	Vorg. Nr.	Leistungsart	Differenzierung	anerkannter Leistungsbedarf in PZ / EUR	Punktw. / Quote	Honorar in EUR
001		Leistungen, die einer Mengenbegrenzung unterliegen				
001		RLV/QZV Leistungen (nicht abgestaffelt)*	- 3,9%	1.388.856,5	3,50480	48.676,64
001		abgestaffelte RLV/QZV Leistungen*		206.566,5	0,62697	1.307,79
		Summe				49.984,43
		Freie Leistungen ohne Kontingentierung	←			
001		PT Leistung*		9.040,0	3,50480	316,83
001		organisierter Notfalldienst*		17.187,0	3,50480	602,37
001		Laborwirtschaftlichkeitsbonus*		16.553,8	3,50480	580,18
001		Kosten		17,03	100,00000	17,03
001		Laborkosten Kap. 32.2		232,45	100,00000	232,45
		Summe				1.748,86
		Einzelleistungen	←			
001		Krankh. Frühberk. Kinder*	- 1,3%	268.050,0	3,50480	9.394,62
001		MRSA Diag. bzw. Therapie*		375,0	3,50480	13,14
001		DMP Asthma / COPD		60,00	100,00000	60,00
001		Wegegebühren		61,05	100,00000	61,05
001		Schutzimpfung	- 5,3%	4.900,21	100,00000	4.900,21
001		Reiseschutzimpfung		24,00	100,00000	24,00
001		Check up Kinder		1.685,00	100,00000	1.685,00
004	99304	11106111	= 2.253 + 5,7%	550,00	100,00000	550,00
		Summe				16.688,02
		Kontoauszug				68.421,31
		Punktanforderung mit *:		1.908.650,8		
		Gesamthonorar f. Punkte in EUR mit *:		60.891,57		
		Punktwert Patientenquittung in Cent:		3,19029		

# Quotierung Krankenkassen

- Vergleich wichtiger Leistung-Sparten mit Vorjahresquartal
- bei negativer Umsatzentwicklung Versuch Gegenstrategie
  - RLV:
    - ist RLV-Fallwert entsprechend gesunken?
    - ist Fallzahl gesunken?
  - Vorsorgen: Recall, Eltern durch Arzt auf Vorsorgen ansprechen
  - Impfungen: regelmäßige Kontrolle durch MFA

# Gesamt-Honorar

- **Gesamt-Honorar=**
  - **RLV/QZV- Leistungen**
    - RLV:
    - QZV:
      - Allergologie,
      - Hyposensibilisierung
      - Sonographie
      - Psychosomatische Grundversorgung
  - **+ Extra-RLV-Leistungen**
    - Labor
    - KV-Notdienst
    - Impfungen
    - Vorsorgen

## **Weiterhin unterliegen folgende Leistungen für Hausärzte nicht dem Regelleistungsvolumen:**

- Besondere Inanspruchnahme (GO 01100 bis 01102)
- Lstgen. im org. Notfalldienst (GO 01210 bis 01222)
- Dringende Besuche (GO 01411, 01412, 01415)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherap. Patienten durch nicht ausschließlich schmerzth. tätige Ärzte
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Diagnostische Radiologie (GO 34210 bis 34297), soweit nicht durch FÄ für diagnostische Radiologie erbracht
- Kostenpauschalen des Kapitels 40

## II Arztgruppenübergreifende allgemeine GOP

1 Allgemeine GOP

1.1 Aufwandserstattung für besondere Inanspruchnahme

01 102

### Inanspruchnahme am Samstag

- Samstag zwischen 07:00 und 14:00 Uhr

*Nicht neben 01100, 01101, **01210**, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01412, 01415, 01950, 01951, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 und 13621 abrechenbar.*

10,07 €

# Laborabrechnung

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Bezirksstelle:		Datum/Uhrzeit: 12.12.2012 22:39:43 Abrechnungsquartal: 3/2012
<b>Laborpauschalen, Laborkostenbudgetierung und Wirtschaftlichkeitsbonus</b>		
Name	Ort/Praxis	BONR: Seite: 1

1. Arztfälle	AV	RV	Gesamt
1.01 Summe kurativ ambulante Behandlungsfälle	1.298	26	1.314
1.02 Arztfälle für Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 30001	1.427	26	1.453
1.03 davon Kap. 32.2 kostenbudgetreiverte Arztfälle	1.301	24	1.418
1.04 davon Kap. 32.3 kostenbudgetreiverte Arztfälle	1.301	24	1.418

2. Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus	GOP	Wirtschaftl.	PZ	WFP Bonus in PZ
LAWR	32010	620	17,6	13.367,2
	32010	620	17,6	13.367,2
2.01 Gesamt WFP Bonus BONR		1.402		24.904,0

3. Laboranalysekosten Kap. 32.2 in EUR	inwertschl.	ambulant	nicht ambulant	Summe
LAWR	436,21	105,26	121,09	670,56
	180,00	79,50	127,26	386,76
3.01 Summe				957,32

4. Laboranalysekosten Kap. 32.3 in EUR	inwertschl.	ambulant	nicht ambulant	Summe
LAWR	2.419,31	316,36		2.735,67
	770,30	367,88		1.138,18
4.01 Summe				3.873,85

5. Basiswerte Laborkostenbudget Kap. 32.2	Kostenbudget inwertschl. Fälle AV	Fallpunktzahl Kap. 32.2 AV	Kostenbudget in PZ AV	Kostenbudget inwertschl. Fälle RV	Fallpunktzahl Kap. 32.2 RV	Kostenbudget in PZ RV	Kostenbudget in PZ Gesamt
LAWR	790	19,0	11.839,0	19	19,0	270,0	12.109,0
	900	19,0	9.030,0	8	19,0	90,0	9.120,0
5.01 Summe							21.229,0

6. Basiswerte Laborkostenbudget Kap. 32.3	Kostenbudget inwertschl. Fälle AV	Fallpunktzahl Kap. 32.3 AV	Kostenbudget in PZ AV	Kostenbudget inwertschl. Fälle RV	Fallpunktzahl Kap. 32.3 RV	Kostenbudget in PZ RV	Kostenbudget in PZ Gesamt
LAWR	790	49,0	39.539,0	19	49,0	910,0	40.449,0
	900	49,0	27.090,0	8	49,0	270,0	27.360,0
6.01 Summe							67.809,0

7. Über-/Unterschreitung des Laborkostenbudgets Kap. 32.2	Kostenbudget in Punkten Kap. 32.2 (5,0%)	Laborkosten Kap. 32.2 in Punkten (3,6) mal Faktor 26,6)	Überschreitung des Kostenbudgets Kap. 32.2	Unterschreitung des Kostenbudgets Kap. 32.2
BONR				
7.01	21.229,0	19.824,0		8.301,0

8. Über-/Unterschreitung des Laborkostenbudgets Kap. 32.3	Kostenbudget in Punkten Kap. 32.3 (6,0%)	Laborkosten Kap. 32.3 in Punkten (4,0) mal Faktor 28,6)	Überschreitung des Kostenbudgets Kap. 32.3	Unterschreitung des Kostenbudgets Kap. 32.3
BONR				
8.01	67.809,0	71.720,2		9.946,2

## Kennziffern für indikationsbezogene Ausnahmen O I / II - Labor

32 005	<b>Antivirale Therapie bei Hep.B oder C</b>
32 006	<b>meldepflichtige Erkrankungen</b>
32 008	<b>Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie</b>
32 009	<b>Allergische Erkrankungen bei Kindern bis 6. Geburtstag</b>
32 010	<b>Genetische Erkrankungen</b>
32 011	<b>Hämolyt.Anämie, Hämophilie, herdit. Thrombophilie</b>
32 012	<b>Tumorerkrankungen</b>
32 015	<b>Orale Antikoagulantientherapie</b>
32 017	<b>Angeb.Stoffwechsel-/ endokrine Erkrankungen bis 18.Geburtstag oder Mucoviscidose</b>
32 018	<b>chron.Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearence &lt; 25ml/min)</b>
32 019	<b>Zytostatika -Therapie</b>
32 022	<b>manifeste Diabetes mellitus</b>
32 023	<b>Rheumatoide Arthritis und Kollagenosen</b>

Einzelpraxis	Behandlungsfälle	Arztfälle	Fälle mit Ausnahmeziffer	Wirtschaftlich- keitsbonus	Euro
keine Überschreitung des Laborbudgets bis I/13	1000	1000	150	0,60 €	600 €
keine Überschreitung des Laborbudgets ab II/13	1000	1000	150	0,60 €	510 €
<b>Fachgleiche Gemeinschaftspraxis</b>					
keine Überschreitung des Laborbudgets bis I/13	2000	2500	300	0,60 €	1.500 €
keine Überschreitung des Laborbudgets ab II/13	2000		300	0,60 €	1.020 €

# Frequenztafel Arzt

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein			Frequenztafel Arzt						Bezirksstelle :		
BSNR		Name				Ort			Seite	Abr-Quartal	
									1	3/2012	
Fallzahlen	Kurativ	Mutterschaftsvorsorge	Früherkennung Männer	Früherkennung Frauen	Früherkennung Kinder	Gesundheitsuntersuchung	Empfängnisreg. Steril., Schw.- Abbr.	Impfleistungen	Onkologische Leistungen	Psychotherapie	
AMB.	1314				276			272			
GOP	Fallzahl	Häufigkeit	Leistungsbedarf vor EBM-Begrenzung	Quote	Leistungsbedarf nach EBM-Begrenzung	Häufigkeit auf 100 Fälle	Häufigkeit der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle	Anzahl der Betriebsstätten	Abweichung gegenüber der Vergleichsgr. in %	Leistungsaufwend. der Vergleichsgr. je Fall	
<b>ARZTGRUPPENÜBERGR. ALLGEM.LEISTUNG.O.SUBSTITUTION</b>											
01411	1314	8	10.600,0	100,00	10.600,0	0,61	0,28	117	117,86	3,6	
01440	1314	1	695,0	100,00	695,0	0,08	0,17	12	-52,94	1,2	
01622	1314	2	470,0	100,00	470,0	0,15	0,33	381	-54,55	0,8	
02301	1314	28	10.220,0	100,00	10.220,0	2,13	1,15	344	85,22	4,2	
02500	1314	1	40,0	100,00	40,0	0,08	0,87	302	-90,80	0,3	
			-----		-----					-----	
			22.025,0		22.025,0					10,1	
<b>ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN HA*/FA*</b>											
<b>HA* - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN</b>											
04351	1314	6	1.620,0	100,00	1.620,0	0,46	1,02	335	-54,90	2,8	
04353	1314	47	22.090,0	100,00	22.090,0	3,58	1,45	430	146,90	6,8	
04354	1314	113	23.165,0	100,00	23.165,0	8,60	4,82	449	78,42	9,9	
			-----		-----					-----	
			46.875,0		46.875,0					19,5	
<b>HA* - VERSICHERTENPAUSCHALE / ZUSATZPAUSCHALE</b>											
04110	1314	517	615.230,0	100,00	615.230,0	39,35	35,43	358	11,08	421,6	
04111	1314	734	645.920,0	100,00	645.920,0	55,86	46,09	358	21,20	405,5	
04120	1314	29	17.255,0	100,00	17.255,0	2,21	3,50	311	-36,86	20,8	
04121	1314	25	11.000,0	100,00	11.000,0	1,90	2,68	304	-29,10	11,8	
			-----		-----					-----	
			1.289.405,0		1.289.405,0					859,7	
<b>ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN HA*/FA*</b>											
<b>HA*FA* KINDER / JUGENDMEDIZIN</b>											
04212	1314	367	181.665,0	100,00	181.665,0	27,93	15,40	511	81,36	76,2	
04330	1314	10	1.700,0	100,00	1.700,0	0,76	1,91	309	-60,21	3,3	
04335	1314	133	33.250,0	100,00	33.250,0	10,12	2,10	373	381,90	5,3	
			-----		-----					-----	
			216.615,0		216.615,0					84,8	

GOP	Fallzahl	Häufigkeit	Leistungsbedarf vor EBM-Begrenzung	Quote	Leistungsbedarf nach EBM-Begrenzung	Häufigkeit auf 100 Fälle	Häufigkeit der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle	Anzahl der Betriebsstätten	Abweichung gegenüber der Vergleichsgr. in %	Leistungsaufwend. der Vergleichsgr. je Fall
<b>ARZTGRUPPENÜBERGR. ALLGEM.LEISTUNG.O.SUBSTITUTION</b>										
01430	1314	109	8.680,0	100,00	8.680,0	8,30	3,35	259	147,76	1,2
01435	1314	38	20.250,0	100,00	20.250,0	2,71	1,01	249	168,32	2,5
01435A	1314	63	36.000,0	100,00	36.000,0	4,82	3,74	280	28,88	9,4
<b>ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN HA*/FA*</b>										
<b>HA* - ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN</b>										
04351	1314	6	1.620,0	100,00	1.620,0	0,46	1,02	335	-54,90	2,8
04353	1314	47	22.090,0	100,00	22.090,0	3,58	1,45	430	146,90	6,8
04354	1314	113	23.165,0	100,00	23.165,0	8,60	4,82	449	78,42	9,9
			-----		-----					-----
			46.875,0		46.875,0					19,5
<b>HA* - VERSICHERTENPAUSCHALE / ZUSATZPAUSCHALE</b>										
04110	1314	517	615.230,0	100,00	615.230,0	39,35	35,43	358	11,06	421,6
04111	1314	734	645.920,0	100,00	645.920,0	55,86	46,09	358	21,20	405,5
04120	1314	29	17.255,0	100,00	17.255,0	2,21	3,50	311	-36,86	20,8
04121	1314	25	11.000,0	100,00	11.000,0	1,90	2,68	304	-29,10	11,8
			-----		-----					-----
			1.289.405,0		1.289.405,0					859,7
<b>ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE LEISTUNGEN HA*/FA*</b>										
<b>HA*FA* KINDER / JUGENDMEDIZIN</b>										
04212	1314	367	181.665,0	100,00	181.665,0	27,93	15,40	511	81,36	76,2
04330	1314	10	1.700,0	100,00	1.700,0	0,76	1,91	309	-60,21	3,3
04335	1314	133	33.250,0	100,00	33.250,0	10,12	2,10	373	381,90	5,3
			-----		-----					-----
			216.615,0		216.615,0					84,8

# Erklärung Abkürzungen

- VKK Vertragskrankenkassen
- SHT Sozialhilfeträger
- SVA Sozialversicherungs-Abkommen (=Auslands- A.)
- 04110R } Pauschalen bei BAGs, Vergütung + 10%
- 04111 R }  
bei Pat < 12a max 2x/Q abrechenbar
- 01435 A }  
bei Pat > 12a nur 1x/Q abrechenbar
- 01435 }

# Richtgrößenvereinbarung Medikamente 2013

Kinderheilkunde AV 29,76 € 2011 28,17 €

2011 27,43 €

RV 57,27 € 2012 53,57 €

2011 56,23 €

# Praxisbesonderheiten 2013

Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten stellt sicher, dass Sie nicht mit Ihrem Honorar für die Versorgung teurer Patienten haften müssen.

Die Prüfvereinbarung sieht zudem vor, dass die Besonderheiten und der finanzielle Mehrbedarf bei besonders teuren Therapien automatisch aus den Richtgrößen getilgt werden. Das hält den bürokratischen Aufwand so klein wie möglich. Das Prüfverfahren nach Richtgrößen läuft in drei Schritten ab:

## Schritt 1

Sehr teure Arzneimitteltherapien werden in Nordrhein hundertprozentig als Praxisbesonderheit gewertet. Wurde preisbewusst rezeptiert, so wird im Rahmen einer Vorabprüfung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung jedes einzelne dieser Rezepte mit den Kosten in voller Höhe als Praxisbesonderheit betrachtet. Diese Arzneiverordnungen belasten de facto nicht die Arzneimittelausgaben einer Praxis.

### Praxisbesonderheiten nach Schritt 1:

- 90901 Therapie des Morbus-Gaucher mit Aglucerase/Imiglucerase
- 90902 Hormonelle Behandlung der In-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
- 90903 Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
- 90904 Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten u. andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
- 90905 Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
- 90906 Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
- 90907 Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verwendungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
- 90908 Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
- 90909 Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorkranken einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
- 90910 Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
- 90912 Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
- 90913 Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- 90914 Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
- 90919 Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
- 90920 Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choroidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- 90921 Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern
- 90934 Therapie des Morbus Pompe mit Aglucosidase alpha
- 90935 Therapie des Alpha-1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha-1-Antitrypsin
- 90936 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
- 90937 Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
- 90993 Abirateronacetat, nur bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt.
- 90994 Pirfenidon, nur bei leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF) bei Erwachsenen
- 90995 Ticagrelor
  - nur bei instabiler Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) oder
  - bei Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutaner Koronarintervention, sofern die Patienten
  - entweder >= 75 Jahre sind und eine Therapie mit Prasugrel nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung nicht in Frage kommt,
  - oder eine transitorische ischämische Attacke oder ischämischen Schlaganfall in der Anamnese hatten



Kassenzärztliche Vereinigung  
Nordrhein

## Schritt 2

Die Richtgrößen-Vereinbarung sieht vor, diejenigen Kosten für einzelne Arzneimitteltherapien als Besonderheit einer Praxis anzuerkennen, die zwar für die jeweilige Fachgruppe keine Besonderheit darstellen, jedoch sehr teuer sind und vielfach die Richtgrößen sprengen. Hier wird nur der im Vergleich zur Fachgruppe entstandene Mehrbedarf berücksichtigt, sofern preisbewusst verordnet wurde.

Konkret bedeutet dies, dass nur der Teil der Kosten berücksichtigt wird, der einer Praxis in einem bestimmten Verordnungsbereich durch ein von der Fachgruppe abweichendes „Mehr“ an Patienten entstanden ist.

### Praxisbesonderheiten nach Schritt 2:

- 90911 Insulin-Therapie bei Insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)
- 90915 Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
- 90916 Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
- 90917 Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
- 90918 Antiepileptika
- 90922 Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
- 90923 Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Bimatoprost und Tafluprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
- 90924 Antiparkinsonmittel
- 90925 Antithrombotische Mittel, parenteral
- 90926 Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
- 90927 Selektive Serotonin-5HT<sub>1A</sub>-Agonisten
- 90928 Systemische Psoriasisstherapie
- 90929 Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
- 90930 Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
- 90931 Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
- 90932 Bilanzierete Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
- 90933 Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
- 90939 Ziconotid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
- 90990 Linezolid, nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage

## Schritt 3

Im Unterschied zu den unter Schritt 1 und 2 genannten Praxisbesonderheiten gibt es noch diejenigen, die ein Arzt über die definierten Indikationen hinaus im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung geltend machen kann. Unter § 5 Abs. 6 der Richtgrößenvereinbarung heißt es:

„Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.“

Als in ein Prüfverfahren einbezogener Arzt erhalten Sie vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen, das heißt aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen Sie

- welche Arzneimitteltherapien
- mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst haben.

### Ansetzen der Symbolziffern:

Die Symbolziffern zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten werden auf dem Abrechnungsschein angegeben. Je Patient kann eine Symbolziffer einmal im Quartal angesetzt werden.

# Praxisbesonderheiten

**90905** Arzneimitteltherapie der Mucoviscidose

**90908** Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs

**90921** Synagistherapie

**90911** Insulintherapie bei Diabetes mellitus

**90918** Antiepileptika

**90922** Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten

**90930** Methylphenidat- und Atomexitinbehandlung

**90931** Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störung

**90932** Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselstörungen

# Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2013

Kinderheilkunde AV 24,38 € 2012 23,63 €

2011 19,50 €

RV 32,04 € 2012 31,56 €

2011 24,71 €

## Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2012

Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten stellt sicher, dass Sie nicht mit Ihrem Honorar für die Versorgung teurer Patienten haften müssen.

Die Prüfvereinbarung sieht zudem vor, dass die Praxisbesonderheiten eine zielle Mehrbedarf bei besonders teuren Therapien darstellen können, die in größeren gefiltert werden. Das heißt, dass die Kosten für diese Therapien möglichst gering gehalten werden sollen.

Sehr teure Heilmittel werden als Praxisbesonderheit gewertet. Vor einer Vorabprüfung zur Wirtschaftlichkeit der Heilmittelverordnungen mit den Kosten in voller Höhe als Praxisbesonderheit. Heilmittelverordnungen belasten de facto nicht die Praxis.

### Heilmittel-Praxisbesonderheiten:

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	Maßnahmen der Physikalischen Therapie für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90984	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10-Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.08, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
90985	Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10-Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

### Für Kinder und Jugendliche:

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90952	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90956	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90957	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90958	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entzündungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F81.0 bis F81.3, F82, F83, F84
90959	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F81.0 bis F81.3, F82, F83, F84
90960	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F81.0 bis F81.3, F82, F83, F84
90967	Maßnahmen der Ergotherapie bei schwerer und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung



Sie befinden sich hier: Startseite » Praxis » Verordnungen » Heilmittel » Orientierungslisten Heilmittelpreise

## Orientierungslisten Heilmittelpreise

▣ Praxisinformationen

▣ Niederlassung

▣ Verträge

▣ Honorar & Recht

▣ **Verordnungen**

» Verordnungs-Infos

» Arzneimittel

» VIN

» **Heilmittel**

» Richtgrößen-  
Vereinbarung 2013

» Heilmittelvereinbarung  
2013

## Orientierungslisten Heilmittelpreise

Die Orientierungslisten geben einen Überblick über die vereinbarten Höchstpreise zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen (alle Angaben ohne Gewähr).

### Vergütungsliste Ergotherapie

▣ [Primärkassen](#)

▣ [Landwirtschaftlichen Krankenkassen](#)  
(gültig ab 01.05.2011) (PDF, 1.700 KB)

▣ [Ersatzkassen](#)

### Vergütungsliste Logopädie und sprachtherapeutische Leistungen

## Anlage 1 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2013

Bundesweite Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V:

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	EN1 / EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/ SP4/ SP5/ RE1/RE2 / SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0 C70.1 C70.9	<b>Bösartige Neubildungen der Meningen</b> Hirnhäute Rückenmarkhäute Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0 C71.1 C71.2 C71.3 C71.4 C71.5 C71.6 C71.7 C71.8 C71.9	<b>Bösartige Neubildung des Gehirns</b> Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Inkl.: Supratentoriell o.n.A. Frontallappen Temporallappen Parietallappen Okzipitallappen Hirnventrikel, Exkl.:IV. Ventrikel (C71.7) Zerebellum Hirnstamm, Inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV. Ventrikel Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 SO1 / SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1/ RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

### Anlage 2 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2013

Praxisbesonderheiten unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs für Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V:

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>				
E74.0 E75.0 E76.0	Glykogenspeicherkrankheiten (z.B. M. Pompe) GM2-Gangliosidose Inkl.: Sandhoff-Krankheit, Tay-Sachs-Krankheit Mukopolysaccharidose, Typ I Inkl.: Hurler-Scheie-Variante, Pfaundler-Hurler-Krankheit, Scheie-Krankheit	ZN1 / ZN2 PN/ AT2 WS2 / EX2 EX3 / CS S01	EN1 / EN2 SB1 / SB7	SC1
F84.2	Rett-Syndrom	ZN1 / ZN2 WS2 / EX2 EX3 / AT2	PS1 EN1 / EN2 SB1 / SB7	SP1 / SC1
G12.0 G12.1 G12.2 G12.8	<b>Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome</b> Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann] Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie Motoneuron-Krankheit Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome	ZN1 / ZN2	EN3 / SB7	SC1 SP5 / SP6

## Praxisbesonderheiten ab 2013 für Heilmittelverordnungen bei Erkrankungen mit und ohne eingeschränkte Dauer, sortiert nach ICD-Code

ICD-Code	Diagnosen	Heilmittel	Indikationsschlüssel
C 71.0-71.9	Hirntumore (nur 1 Jahr nach Akutereignis)	Phy/Ergo/Logo	ZN1/EN1/SC1/ST1....
E 74.0	Glykogenosen, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen	Phy/Ergo/Logo	ZN1/ZN2/PN1/AT2/ WS2/EX2/EX3/CS/SO1/ EN1/EN2/SB1/SB7/ SC1
E 75.0			
E 76.0			
E 84.9	Mukoviszidose	Phy	AT3
F 84.2	Rett-Syndrom	Phy/Ergo/Logo	alle
F84.0/F84.1/F84.3 F84.4/F84.5/F84.8	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen aus dem <b>Autismus-Spektrum</b>	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/PS1/SP1
G 11.0-11.9	Hereditäre Ataxien	Phy/Ergo/Logo	ZN1/EN1/SC1
G 12.0-12.9	Spinale Muskelatrophien	Phy/Ergo/Logo	ZN1/EN3/SC1
G 71.0	Muskeldystrophie	Phy/Ergo/Logo	ZN1/EN1/SC1
G 80.0-80.9	Infantile Zerebralpareesen, diverse	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/2/ SP1/2/6/SC1
G 81.9	Hemiparese bzw. Hemiplegie	Phy/Ergo	ZN1/2/EN1/2
G 82.0-82.5	Para-/Tetraparesen/-plegien	Phy/Ergo	ZN1/2/EN1/2
G 93.1/93.80	Wachkoma, Apallisches Syndrom	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/2/SC1
I 60.0-60.9	Subarachnoidalblutungen (nur 1 Jahr nach Akutereignis)	Phy/Ergo/Lo	ZN1/2/EN1/2/SC1/ SP5/6/ST1
I 61.0-61.9	Intrazerebrale Blutungen (nur 1 Jahr nach Akutereignis)	Phy/Ergo/Lo	ZN1/2/EN1/2/SC1/ SP5/6/ST1
Q 01.9	Enzephalozele	Phy/Ergo/Logo	alle
M 08.0-08.9	Juvenile Arthritiden, diverse	Phy/Ergo	WS2/EX2/3/SB1/5
M 41.0-41.1	Skoliose >20° Cobb	Phy/Ergo	WS2/EX4/SB1
Q 03.0-03.9	Angeborener Hydrozephalus	Phy/Ergo/Logo	alle
Q 04.0-04.9	Angeborene Hirnfehlbildung n.n.b.	Phy/Ergo/Logo	alle
Q 05.0-05.9	Spina bifida n.n.b.	Phy/Ergo/Logo	alle
Q 06.9	Angeb. Fehlbildung des Rückenmarks	Phy/Ergo/Logo	alle
Q 37.9	Gaumenspalte und Lippenspalte		SP3/SF
Q 66.0	Angeborener Klumpfuß	Phy/Ergo	EX4/SB3
Q 68.0	Angeborene Deformitäten des M.sternocleidomastoideus	Phy/Ergo	EX4/SB3
Q 71.0-71.9 Q 72.0-72.9 Q 73.0/1/8	Reduktionsdefekte (Extremitäten)	Phy/Ergo/Lo	WS2/EX2/EX3... SB3/SP5/6/RE1/2
Q 74.8	Arthrogryposis multiplex congenita	Phy/Ergo	EX3/EX4/SB5
Q 82.0	Hereditäres Lymphödem	Phy	LY2
Q 87.4	Marfan-Syndrom	Phy/Ergo	WS2, EX23/SB1/7
Q 90.9	Trisomie 21, Down-Syndrom	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/SP1/3
Q 91.3	Trisomie 18, Edwards-Syndrom	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/SP1
Q 91.7	Trisomie 13, Patau-Syndrom	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/SP1
Q 96.9	Turner-Syndrom	Phy/Ergo/Logo	ZN1/2/EN1/SP1
T 90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung (S06.1-S06.9)	Phy/Ergo/Lo	ZN1/2/AT2/S03/ EN1/2/SC1/SP5/6

# Praxisbesonderheiten

## **F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen**

***Hinw: Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes***

2109 [REDACTED] ————— K M AOK Rheinland/Hamburg  
! 04212-90960

5559 [REDACTED] 5 ————— - F BKK DIE BERGISCHE KK  
X Karteikarte komplett gescannt + aussortiert-mw  
! 04212

7027 [REDACTED] ————— - F BKK vor Ort  
! 04212-90930

7526 [REDACTED] ————— K M AOK Rheinland/Hamburg  
! 90918-90960kg-04212  
! PB:0 ---Antrag Kasse

8865 [REDACTED] ————— - M Techniker Krankenkasse  
! 90918 (Antiepileptika)-90967Ergo-90969KG  
! 04212 bei mindestens 2-Arzt-Patienten-Kontakte  
! PB

9699 [REDACTED] ————— K F BKK ESSANELLE  
! 90969 (KG) -90967 (Ergo) -90968 (Logo) -90918 (Epilepsie) -04212chron  
! PB:+ , F84.8G Q93.5g

19.03.2013	A	>	MV:123165-01-01, -, msc, AOK Heilmittelgenehmigung bis 31.12.2013
	A	>	susi
31.12.2020	A	!	90918-90960kg-04212
	A	!	PB:0 ---Antrag Kasse

**Ihr Antrag auf eine langfristige Genehmigung Ihrer Heilmittelverordnung**  
Versicherungsnummer: R479666895

Sehr geehrter Herr Strauss,

Sie haben eine langfristige Genehmigung für Ihre Heilmittelbehandlung beantragt.

Eine langfristige Genehmigung von Heilmitteln, zum Beispiel Physiotherapie, ist den gesetzlichen Krankenkassen unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Es muss eine seit längerer Zeit bestehende, schwere Erkrankung vorliegen.
- Die Versorgung mit Heilmitteln muss über Dauer hinweg gleich sein. Es darf keine Veränderung oder Anpassung erfolgen.
- Der Therapiebedarf muss mindestens ein Jahr andauern.

Wir freuen uns, Ihnen jetzt mitteilen zu können, dass wir die Kosten für Ihre Heilmittel vom 15.01.2013 bis 31.12.2013 übernehmen.

Diese Genehmigung steht unter dem Vorbehalt einer bestehenden Krankenversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg und gilt ausschließlich für die Versorgung von Heilmitteln im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung „motorische Parese v. Extremitäten/Muskeln, sensom-

Eine langfristige Genehmigung ist uns daher leider nicht möglich.

Ihr behandelnder Arzt kann Ihnen allerdings weiterhin Heilmittel im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verordnen. Diese können Sie direkt bei Ihrem Heilmittelerbringer in Anspruch nehmen. Ein weiteres Genehmigungsverfahren ist hierbei nicht notwendig.

Wenn Sie mit diesem Ergebnis nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats widersprechen. Der Widerspruch kann schriftlich bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Regionaldirektion Mönchengladbach/Kreis Viersen, Rathenastr. 4-5, 41061 Mönchengladbach, abgegeben oder mündlich zur Niederschrift bei einem Mitarbeiter der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse erklärt werden.

In beiden Fällen muss Ihr Widerspruch innerhalb eines Monats bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse eingegangen sein. Die Frist beginnt mit der Bekanntgabe dieses Ergebnisses.

Wir wünschen uns, dass es Ihnen bald wieder besser geht. Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an. Wir beraten Sie gerne.



Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
10	K9 ZNS bei Kindern (Bobath, Vojta)	1-2
Indikation (nach Anamnese, Untersuchung, mit Bildgebung, Labor, Genetik, etc. wesentliche Befunde)		
2 M Spitzfuß re.		
beginnender Klumpfuß li.		
Gegebenfalls Spezifizierung der Therapieziele		
Regulierung des Hüfttonus		
Vermeidung von Kontrakturen		
Medizinische Begleitung bei Verordnungen außerhalb des Regelalles (ggf. Beiblatt)		
Wadenmuskulaturverkrüpfung		
beginnender Klumpfuß li.		

**Vorsicht !!  
altes Rezept  
übernommen**

K und nur werden GmbH

282302000  
Dr. med. E. Berg  
Dr. med. T. Hennius

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Einzelverordnung   
  Folgeverordnung   
  Gruppenverordnung

Behandlungsbeginn spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelkataloges

Hausbesuch      Therapiebericht

Ja     Nein     
  Ja     Nein

Weggeld-Pauschale    Faktor    km

Hausbesuch    Faktor    Hausbesuch    Faktor

Rechnungsnummer

Rechnungsnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
10	Motorisch-funktionelle Behandlung	1
<p>Inklusionskriterien</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>Diagnose mit Leitersymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde</p> <p> <b>MOB. 3 S: Gelenkfunktionsstörungen, <i>Rheumatoide Arthritis</i></b> </p> <p>Einschränkung der Beweglichkeit + Geschicklichkeit</p> <p>Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten</p> <p>Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der</p> <p>Geschicklichkeit</p> <p>Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelkataloges (ggf. Beiblatt)</p>		
		<p>282301600</p> <p>Dr. med. S. Berg</p> <p>Dr. med. J. Horniriulus</p> <p>Kinder- und Jugendärzte</p>

19.09.2018 - www.stmsh.de

# Neues Heilmittelrezept

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Verordnungs- menge	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>			Anzahl pro Woche
Inkubationszeit	Diagnose mit Leit Symptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde			
ICD-10 - Code	_____			
	_____			
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele				

**Pat. Name**

**Versichertennummer:**

**Adresse**

### **Antrag auf langfristige Heilmittelverordnung**

**Hiermit beantragen wir eine langfristige Heilmittelbehandlung  
nach Paragraph 32, Abs. 1A SGB 5 auf Grund folgender Diagnosen:**

**Der o.g. Patient erhält Heilmittelverordnungen seit dem:**

**Aus ärztlicher Sicht ist eine Verordnung außerhalb des Regel-  
falles notwendig, um den Entwicklungsstand zu erhalten oder  
zu verbessern.**

**Dr. XY**

**Eltern**

**Städtische Integrative Tageseinrichtung für Kinder  
Am Pixbusch 15  
41199 Mönchengladbach**

Bescheinigung für den Kinderarzt

Das Kind [REDACTED] besucht die o.g. Einrichtung seit dem 1.8.2012. Er erhält in unserem Haus Ergotherapie und Logopädie auf Verordnung in Einzeltherapie.  
Da die Stelle der Logopädin derzeit vakant und eine Ergotherapeutin für die Einrichtung gar nicht vorgesehen ist, kann die entsprechende Therapie nur auf Verordnung des Kinderarztes durchgeführt werden.

Mönchengladbach, den 21.2.2013

# EBM-Modifikation 2013

## Grundzüge



# Änderungen

- **Gesprächsleistung**
- **Hausärztliche Grundpauschale**
- **Neukonzeption Chronikerziffer**
- **Förderung der apparativen Leistungen**
- **Sozialpädiatrische Leistungen**
- **Geriatric**
- **Palliativmedizin**
- **Delegierbare Leistungen**
- **Telemedizin**

# Versichertenpauschalen

Für Versicherte bis zum vollendeten 2. Lebensjahr

Für Versicherte bis zum Beginn des 3. und bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

Für Versicherte bis zum Beginn des 6. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Für Versicherte vom 19. bis vollendeten 54. Lebensjahr

Für Versicherte ab Beginn des 55. und bis zum vollendeten 74. Lebensjahr

Für Versicherte ab Beginn des 75. Lebensjahrs

Ausgliedert werden:

Gesprächsleistung

EKG

Onkologische Mitbetreuung

# Chronikerzuschlag

- **Für bestimmte Diagnosen (Diagnoseliste nach ICD10)**
- **Unterschiedliche Bewertung bei Multimorbidität**
- **Mindestens 1 Arzt-Patientenkontakt**
- **Automatisierte Abrechnung**
- **Nicht bei Leistungen BMV-Ä Anlage 5 Anhang 5.1**

# Ausführliches Gespräch

## **Ausführliches ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer Abklärung, Beratung, Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen**

Obligater Leistungsinhalt

- mit einem Patienten

und/oder

• einer Bezugsperson

und/oder

• Teilnehmern eines interdisziplinären/-sektoralen Teams

und/oder

- Angehörigen komplementärer Heilberufe und/oder flankierender Dienste,

- mind. 15 Minuten Dauer,

Einmal pro Behandlungsfall

# Besondere Leistungen Pädiatrie

- **Langzeit-EKG (Auswertung)**
- **EKG**
- **Belastungs-EKG**
- **Langzeit-EKG (Aufzeichnung)**
- **Langzeit-RR**
- **Spirographische Untersuchung**
- **Orientierend Audiometrie**
- **Entwicklungsneurologie (bisher 04350 – 04354)**
- **Kleinchirurgischer Eingriff I**
- **Kleinchirurgischer Eingriff II**

## Delegierbare Leistungen

- **Hausbesuch Arzt**
- **Hausbesuch MFA**
- **Hausbesuch MFA mit  
telemedizinischer Unterstützung**



BVKJ LV Nordrhein Hornivius /  
van der Gaag

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**BVKJ.**

**Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.**