



Hessenspezifische Abrechnungsnummern

Stand: 1. Quartal 2012





Hessenspezifische Abrechnungsnummern

1. Quartal 2012

Wir bitten um Beachtung:

Vorbehalt: "Aufgrund der Tatsache, dass insbesondere die Verhandlungen über die Inhalte der Honorarverträge 2011 und 2012 u. a. aufgrund verspätet zugangener Bundesvorgaben bis Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen werden konnten, ist der Fortbestand einer ganzen Reihe der hier ausgewiesenen Sonderziffern derzeit nicht absehbar. Letzteres gilt auch für diverse weitere (Sonder-) Verträge, für die bislang noch keine Anschlussregelungen getroffen werden konnten. Insofern stehen die hier veröffentlichten hessenspezifischen Abrechnungsnummern derzeit noch unter dem Vorbehalt, dass die zugrundeliegenden Verträge in der bis 31.12.2010 geltenden Fassung fortgeschrieben werden können."

gen genehmigungspflichtig
 EK nur Ersatzkassen
 PK nur Primärkassen
 BHT Behandlungstag
 BHF Behandlungsfall
 GOP Gebührenordnungsposition

Die Übersicht der hessenspezifischen Abrechnungsnummern wird grundsätzlich quartalsweise erstellt und veröffentlicht. Änderungen zum laufenden Quartal werden jeweils auf der Homepage der KV Hessen (www.kvhessen.de) im Bereich „Mitglieder > Abrechnung und Honorar > Vergütung und Honorarverteilung > Hessenspezifischen Abrechnungsnummern“ oder per Rundschreiben veröffentlicht.




Wegepauschalen







Achtung: Alle anderen Kostenpauschalen können entsprechend den Bestimmungen des EBM Kapitel 40 und den von den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten ergänzenden Abrechnungsbestimmungen berechnet werden.

40220	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	3,07 €
40222	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	5,62 €
40224	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	7,16 €
94226	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 15 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	12,00 €

40226	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	5,11 €
40228	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	7,98 €
40230	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	10,63 €
94232	Wegepauschale für die Besuche bei mehr als 15 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	15,00 €

Praxisgebühr bei ambulanter ärztlicher Behandlung

80030**	 Kennzeichnung für zuzahlungspflichtigen Originalschein	--
80030N**	 Kennzeichnung – bei Inanspruchnahme im Notfall/ärztlichen Bereitschaftsdienst	--
80031**	 Kennzeichnung Überweisungsschein	--
80032	Befreiung von Zuzahlungen nachgewiesen	--
80033	Quittung über Zuzahlung lag vor	--
80033N	Quittung über Zuzahlung lag vor – bei Inanspruchnahme im Notfall/ärztlichen Bereitschaftsdienst	--
80034	keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt bzw. Therapeuten	--

80040		Keine Zuzahlung aus sonstigen Gründen (Kassenwechsel, Widerruf der Kostenerstattung, Vertretung in der SSW-Vorsorge, Befreiung von Praxisgebühr durch Kasse)	--
80044		Keine Zuzahlung erfolgt – Mahnfrist abgelaufen	--
80045		Keine Zuzahlung erfolgt – Mahnfrist läuft	--
80046		Portokosten – schriftl. Zahlungsaufforderung	0,55 €
80047		Zahlungsaufforderung nicht zustellbar	--
98002**		keine Zuzahlung – SKT	--
98003**		keine Zuzahlung – Laborauftrag (SUG 27/28)	--
98004**		keine Zuzahlung – nur Prävention	--
98005**		keine Zuzahlung – jünger als 18 Jahre	--
98009**		keine Zuzahlung – patientenbezogene Befundung	--
98010**		keine Zuzahlung – nur Kosten bzw. Ziffern ohne Wert	--



** Ziffern werden von KV Hessen zugesetzt

Kenn- bzw. Schalterziffern

Praxisbesonderheiten Arzneikosten*

98501		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Immunsuppression Organtransplantation	--
98502		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen etc.	--
98503		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Insulin-Therapie (Diabetes mellitus)	--
98504		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Plasmafaktorsubstitution	--
98505		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Virustatika-Therapie bei HIV-Infektionen	--
98506		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Chemotherapie (inkl. Hormonanaloga/Zytokine)	--
98507		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Morbus Gaucher-Therapie	--
98508		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Sterilitätsbehandlung (in-vitro-Fertilisation)	--
98509		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Interferon-Therapie bei Multipler Sklerose	--
98510		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Interferon-Therapie bei Hepatitis B und C	--
98511		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Arzneimitteltherapie bei Mukoviszidose	--
98512		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Arzneimitteltherapie bei Terminaler Niereninsuffizienz	--
98513		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	--
98514		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Wachstumshormonbehandlung bei hypophysärem Minderwuchs	--
98515		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Parent. Chemotherapie (Rezepturzubereitung inkl. Interferon)	--
98516		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Behandlung von Begleiterkrankungen bei HIV-Infektionen	--
98517		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Schmerztherapie (gemäß Schmerztherapievereinbarung)	--
98518		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – medikamentöse Therapie des Glaukoms mit Prostaglandin-Antagonisten u. a.	--
98519		Praxisbesonderheiten Arzneikosten – Therapie der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika	--


* Die vollständigen Legenden finden Sie in der Anlage 3 zur Richtgrößenprüfungs-Vereinbarung.

Verordnungen Heilmittel

98541		Verordnung von Logopädie	--
-------	--	--------------------------	----

98542		Verordnung von Ergotherapie	--
98543		Verordnung außerhalb Regelfall	--
98544		Verordnungen zur Frühförderung (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)	--

Indikatorziffern

88115		Kennzeichnung von Fällen zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V	--
88190		Scheinkennzeichen für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung gewählt haben.	--
32001**		Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32	je FG
92001		Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (für weitere Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb einer BAG, eines MVZ oder Praxen mit angestellten Ärzten)	--
98984		Kennzeichnung Palliativmedizinische ambulante Versorgung	--
98990		Kennzeichnung für ambulante Nachbehandlung bis zu 14 Tage nach vollstationärem Aufenthalt, gemäß § 115a SGB V (nur ohne Leistungen aus EBM Kapitel 31.4)	--
98997		Kennzeichen für ambulante Leistungen des Anästhesisten/Pathologen bei Patienten in stationärer Behandlung	--
98998		Kennzeichnung von ambulanten Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst zu festgelegten Uhrzeiten (Montag bis Freitag 19-7Uhr, Samstag, Sonntag und Feiertag ganztägig)	--
99990		Kennzeichnung nicht abrechnungsfähiger Arzt-Patienten-Kontakte	--
99991		Kennzeichnung von Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz (1 x BHF)	--



** Ziffer wird von KV Hessen zugesetzt

Onkologie-Vereinbarung – Qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten

86510	Gen	Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend §1 Abs.2 d und e gem. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ Einmal je Behandlungsfall (nicht belegärztlich) Die Kostenpauschale 86510 ist im BHF nicht neben den GOP 07345,08345,09345,10345,13435,13675,15345,26315 und 86512 berechnungsfähig.	39,69 €
86512	Gen	Behandlung solider Tumore entsprechend §1 Abs. 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gem. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (nicht belegärztlich) Einmal je Behandlungsfall, die Therapieform ist anzugeben Die Kostenpauschale 86512 ist im BHF nicht neben den GOP 07345,08345,09345,10345,13435,13675,15345,26315 und 86510 berechnungsfähig.	28,42 €
86514	Gen	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gem. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (nicht belegärztlich) Einmal je Behandlungsfall, Medikament/e ist/sind anzugeben Die Kostenpauschale 86514 ist im BHF nicht neben den GOP 07345,08345,09345,10345,13435,13675,15345 und 26315 berechnungsfähig.	25,56 €
86516	Gen	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravasale zytostatische Tumorthherapie gem. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (nicht belegärztlich) Einmal je Behandlungsfall, Medikament/e ist/sind anzugeben Die Kostenpauschale 86516 ist im BHF nicht neben den GOP 07345,08345,09345,10345,13435,13675,15345 und 26315 berechnungsfähig.	167,52 €
86518	Gen	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung gem. Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ Einmal je Behandlungsfall (nicht belegärztlich) Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systematischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig. Obligator Leistungsinhalt: - Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung - Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen Die Kostenpauschale 86518 ist im BHF nicht neben der Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig.	167,52 €

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – besondere Maßnahme zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen, ambulanten Versorgung von Kindern- und Jugendlichen

88895	Gen	für den 1. bis zum 350. Behandlungsfall	163,00 €
		ab dem 351. Behandlungsfall	122,25 €

Bitte beachten: Für jeden weiteren sozialpsychiatrisch zugelassenen Arzt innerhalb einer Praxis erhöhen sich beide Fallzahlgrenzen um 80%.

Schutzimpfungen bei ambulanter ärztlicher Behandlung

GO-Nummer	Impfung	Impfzyklus - Dosen	Bewertung
89100 Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	Diphtherie	A - B - R	6,50 €
89101 Sonstige Indikationen		A - B - R	
89102	Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME)	A - B - R	8,50 €
89103 Standardimpfung – Säuglinge und Kleinkinder	Haemophilus influenza Typ b	A - B	6,50 €
89104 Sonstige Indikationen		A - B	
89105	Hepatitis A	A - B - R	6,50 €
89106 Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	Hepatitis B	A - B	6,50 €
89107 Sonstige Indikationen		A - B - R	
89108 Dialysepatienten		A - B - R	
89111 Standardimpfung Personen über 60 Jahre	Influenza		8,50 €
89112 Sonstige Indikationen			
89113	Masern		6,50 €
89114 Konjugatimpfstoff Standardimpfung – Kinder	Meningokokken		6,50 €
89115 Sonstige Indikationen		A - B - R R**)	
89118 Konjugatimpfstoff Standardimpfung Kinder bis 24 Monate	Pneumokokken	A - B	8,50 €
89119 Polysaccharidimpfstoff Standardimpfung Personen über 60 Jahre			
89120 Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chron. Krankheit		A - R	
89121 Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	Poliomyelitis	A - B - R	6,50 €
89122 Sonstige Indikationen		A - B - R R**)	
89123	Röteln (Erwachsene)		6,50 €
89124	Tetanus	A - B - R	6,50 €
89125 Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	Varizellen	A - B	6,50 €
89126 Sonstige Indikationen		A - B	
89200	Diphtherie, Tetanus (DT)	A - B	6,50 €
89201	Diphtherie, Tetanus (Td)	A - B - R	6,50 €

89202	Hepatitis A und Hepatitis B nur bei Vorliegen der entsprechenden Indikationen	A - B	6,50 €
89300	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	A - B	9,00 €
89301	Masern, Mumps und Röteln (MMR)	A - B	14,30 €
89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	A - R R***)	9,00 €
89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	A - R R***)	9,00 €
89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapiPV)	A - R R***)	9,00 €
89401	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	A - B	14,30 €
89500	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)	A - B	9,00 €
89600	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)	A - B	19,50 €
Standardimpfung – Mädchen und weibliche Jugendliche 12 – 17 Jahre	Humane Papillomviren (HPV)		
90112 erste Impfung		A	12,00 €
90113 zweite Impfung		A	10,00 €
90113 dritte Impfung		B	10,00 €

Erläuterungen:

A = erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfsreihe

B = letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation

R = Auffrischimpfung


*) Bei der Dokumentation der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung (89111) Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung (89112). Bei der Influenza-Impfung von Kindern unter 36 Monaten und bei erstmaliger Influenza-Impfung von Kindern unter 13 Jahren ist die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren.


**) Keine routinemäßige Auffrischung

***) Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 SiR beachten.

Bei der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen sind ausschließlich die Dokumentationsnummern der entsprechenden Kombinationen zu verwenden.

Managementpauschale für Impfungen

93025**		Managementpauschale zusätzlich zu Impfungen gegen Influenza, FSME und Pneumokokken (GOP 89111, 89112, 89102, 89118, 89119, 89120)	1,50 €
---------	---	---	--------

**  Ziffer wird von KV Hessen zugesetzt

Sachkosten Katarakt

90401		Sachkosten PMMA-Linse (außer AOK Hessen)	EK: 333,00 € PK: 337,45 €
90401A *		Sachkosten PMMA-Linse AOK Hessen	330,00 €
90401B**		Sachkosten PMMA-Linse AOK Hessen	280,00 €
90402		Sachkosten faltbare Silikonlinse (außer AOK Hessen)	EK: 374,00 € PK: 378,36 €
90402A *		Sachkosten faltbare Silikonlinse AOK Hessen	330,00 €
90402B**		Sachkosten faltbare Silikonlinse AOK Hessen	280,00 €

90403		Sachkosten faltbare Acryllinse (außer AOK Hessen)	EK: 399,00 € PK: 403,92 €
90403A *		Sachkosten faltbare Acryllinse AOK Hessen	330,00 €
90403B**		Sachkosten faltbare Acryllinse AOK Hessen	280,00 €

* Bei Verwendung von sowohl Hyaluronsäurepräparaten und/oder Chondroitin-Sulfat **als auch** Balanced Salt Solution

** Ohne Verwendung von Hyaluronsäurepräparaten und/oder Chondroitin-Sulfat **oder ohne** Verwendung von Balanced Salt Solution

LDL-Apherese

Die Abrechnung der Sachkosten zur LDL-Apherese (GOP 13620) für Versicherte der Ersatzkassen erfolgt direkt mit der jeweiligen Krankenkasse und nicht über die KV Hessen.

90405		Sachkosten LDL-Apherese (zur GOP 13620)	BKK, Knappschaft: 1.050,00 €
90406		Sachkosten LDL-Apherese (zur GOP 13620)	AOK, IKK, LKK, KK Gartenbau: 1.124,00 €

Die Abrechnung der Sachkosten zur LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung (GOP 13622) wird für alle Kassenarten über die KV Hessen abgerechnet.

90407		Sachkosten LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung (zur GOP 13622)	1.050,00 €
-------	--	---	------------

Methadonsubstitution

91950	Gen	Substitutionsbehandlung mit Methadon (Take-home-Vergabe)	(1 x pro Kalenderwoche)	28,55 €
-------	-----	--	-------------------------	---------

Jugendarbeitsschutz bei ambulanter ärztlicher Behandlung

91951		Jugendarbeitsschutz – Erstuntersuchung	(1 x BHF)	23,31 €
91952		Jugendarbeitsschutz – Nachuntersuchung	(1 x BHF)	23,31 €
91953		Jugendarbeitsschutz – weitere Nachuntersuchung	(1 x BHF)	23,31 €
91954		Jugendarbeitsschutz – außerordentliche Nachuntersuchung		23,31 €

Gestationsdiabetes bei ambulanter ärztlicher Behandlung

91130G	Gen	Schulung von Typ II ohne Insulin (nicht neben 92147 am BHT)	(4 x BHF)	25,50 €
91130S ¹	Gen	Verbrauchsmaterial nach 91130G (nicht ohne 91130G im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
91140G	Gen	Schulung von Typ II mit Insulin (nicht neben 92149 am BHT)	(5 x BHF)	25,50 €
91140S ¹	Gen	Verbrauchsmaterial nach 91140G (nicht ohne 91140G im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

Abrechnungsfähig nur durch anerkannte Diabetes-Schwerpunktpraxen

91160G	Gen	ICT-Schulung	(maximal 4 Einheiten im BHF)	38,80 €
91160S ¹	Gen	Verbrauchsmaterial nach 91160G (nicht ohne 91160G im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

¹ Bezug mittels Coupon über das Team DMP/HZV – Tel.: (0 69) 79 50 2 – 422, Fax: (0 69) 79 50 2 – 222

Disease-Management-Programme (DMP) bei ambulanter ärztlicher Behandlung

DMP – Asthma bronchiale

92101	Gen	DMP-Asthma – Erstdokumentation (nicht neben 92118, 92119, 92131, 92132, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	25,00 €
92102	Gen	DMP-Asthma – Folgedokumentation (nicht neben 92118, 92119, 92131, 92132, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	15,00 €
92108	Gen	DMP-Asthma – Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahren)	(18 Einheiten à 45 Min. für Kinder u. Jugendliche; 12 Einheiten à 45 Min. für Erziehungsberechtigte)	22,50 €

92109	Gen	DMP-Asthma – Abgabe Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92108 (nicht ohne 92108 im BHF) – zur Zeit noch kein Schulungsmaterial	(1 x BHF)	0,00 €
92110	Gen	DMP-Asthma – NASA (Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker) (nicht neben 92125 im BHF)	(6 x BHF)	25,00 €
92111 ¹	Gen	DMP-Asthma – Abgabe Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92110 (nicht ohne 92110 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

DMP – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

92118	Gen	DMP-COPD – Erstdokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92131, 92132, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	25,00 €
92119	Gen	DMP-COPD – Folgedokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92131, 92132, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	15,00 €
92125	Gen	DMP-COPD – COBRA (Schulung für eingeschriebene Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem) (nicht neben 92110 im BHF)	(6 x BHF)	25,00 €
92126 ¹	Gen	DMP-COPD – Abgabe Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92125 (nicht ohne 92125 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

DMP – Diabetes mellitus Typ II

92131	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Erstdokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	25,00 €
92132	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Folgedokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92151, 92152, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	15,00 €
92141	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Hypertonie-Schulung (nach Grüßer et al) (nicht neben 92143, 92171, 92173, 92191, 92193 im BHF)	(4 x BHF)	25,50 €
92142 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92141 (nicht ohne 92141 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92143	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Hypertonie-Schulung (nach Sawicki et al) (nicht neben 92141, 92171, 92173, 92191, 92193 im BHF)	(3 - 4 x BHF)	25,50 €
92144 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen nach Nr. 92143 (nicht ohne 92143 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92147	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Schulung für eingeschriebene Patienten ohne Insulin (nicht neben 92180 im BHF) (nicht neben 91130G am BHT)	(4 x BHF)	25,50 €
92148 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92147 (nicht neben 91130S am BHT) (nicht ohne 92147 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92149	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Schulung für eingeschriebene Patienten mit Insulin (nicht neben 92181 im BHF) (nicht neben 91140G am BHT)	(5 x BHF)	25,50 €
92150 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92149 (nicht neben 91140S am BHT) (nicht ohne 92149 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92207	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Schulung für eingeschriebene Patienten mit Normalinsulin	(5 x BHF)	25,50 €
92208 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92207 (nicht ohne 92207 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92209	Gen	DMP-Diabetes Typ II – Behandlungs- und Schulungsprogramm für eingeschriebene Patienten mit intensiver Insulintherapie (nicht neben 92201, 92211 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92210 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für ICT-Schulungen nach Nr. 92209 (nicht neben 91160S am BHT) (nicht ohne 92209 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

Die Betreuungspauschale nach Ziffer 92230 kann nur abgerechnet werden, wenn die Ärztinnen/Ärzte mit der Genehmigung als Diabetes-Schwerpunktpraxis in die Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ I und Typ II und die Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ II eingeschrieben sind.

92230	Gen	DMP Typ II - Behandlungs-/ Betreuungspauschale für Diabetes-Schwerpunktpraxen für in das DMP Diabetes mellitus Typ II eingeschriebene Patienten mit intensiver Insulintherapie, je Behandlungsfall		56,00 €
-------	-----	--	--	---------

DMP – Diabetes mellitus Typ I

92151	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Erstdokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92131, 92132, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	25,00 €
92152	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Folgedokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92131, 92132, 92161, 92162 im BHF)	(1 x BHF)	15,00 €
92191	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Hypertonie-Schulung (nach Grüßer et al) (nicht neben 92141, 92143, 92171, 92173, 92193 im BHF)	(4 x BHF)	25,56 €
92192 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen nach Nr. 92191 (nicht ohne 92191 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92193	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Hypertonie-Schulung (nach Sawicki et al) (nicht neben 92141, 92143, 92171, 92173, 92191 im BHF)	(3 - 4 x BHF)	25,56 €

92194 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen nach Nr. 92193 (nicht ohne 92193 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92201	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Behandlungs- und Schulungsprogramm für eingeschriebene Patienten mit intensiver Insulintherapie (nicht neben 92209, 92211 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92202 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für ICT-Schulungen nach Nr. 92201 (nicht neben 91160S am BHT) (nicht ohne 92201 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92203	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Diabetes-Buch für Kinder	(8 x BHF, 1 x BHT)	25,50 €
92204 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen nach Nr. 92203 (nicht ohne 92203 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92205	Gen	DMP-Diabetes Typ I – Jugendliche mit Diabetes: Ein Schulungsprogramm	(16 x BHF, 1 x BHT)	25,50 €
92206 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen nach Nr. 92205 (nicht ohne 92205 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

Die Betreuungspauschale nach Ziffer 92220 kann nur abgerechnet werden, wenn sowohl Ärztinnen/Ärzte mit der Genehmigung als Diabetes-Schwerpunktpraxis und auch die Patienten in das Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ I eingeschrieben sind.

92220	Gen	DMP Typ I - Behandlungs-/ Betreuungspauschale für Diabetes-Schwerpunktpraxen für in das DMP Diabetes mellitus Typ I eingeschriebene Patienten, je Behandlungsfall		56,00 €
-------	-----	---	--	---------

DMP – Koronare Herzkrankheit

92161	Gen	DMP-KHK – Erstdokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92131, 92132, 92151, 92152, im BHF)	(1 x BHF)	25,00 €
92162	Gen	DMP-KHK – Folgedokumentation (nicht neben 92101, 92102, 92118, 92119, 92131, 92132, 92151, 92152, im BHF)	(1 x BHF)	15,00 €
92171	Gen	DMP-KHK – Hypertonie-Schulung (nach Grüßer et al) (nicht neben 92141, 92143, 92173, 92191, 92193 im BHF)	(4 x BHF)	25,56 €
92172 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92171 (nicht ohne 92171 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92173	Gen	DMP-KHK – Hypertonie-Schulung (nach Sawicki et al) (nicht neben 92141, 92143, 92171, 92191, 92193 im BHF)	(3 - 4 x BHF)	25,56 €
92174 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulung nach Nr. 92173 (nicht ohne 92173 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92175	Gen	DMP-KHK – SPOG-Schulung	(4 x BHF)	25,56 €
92180	Gen	DMP-KHK – Schulung für eingeschriebene Typ II-Diabetiker ohne Insulin (nicht neben 92147 im BHF) (nicht neben 91130G am BHT)	(4 x BHF)	25,50 €
92179 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen Diabetes Typ II ohne Insulin nach Nr. 92180 (nicht ohne 92180 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92181	Gen	DMP-KHK – Schulung für eingeschriebene Typ II-Diabetiker mit Insulin (nicht neben 92149 im BHF) (nicht neben 91140G am BHT)	(5 x BHF)	25,50 €
92167 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für Schulungen Diabetes Typ II mit Insulin nach Nr. 92181 (nicht ohne 92181 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €
92211	Gen	DMP-KHK – Behandlungs- und Schulungsprogramm für eingeschriebene Patienten mit intensiver Insulintherapie (nicht neben 92201, 92209 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92212 ¹	Gen	Abgabe von Schulungsmaterial für ICT-Schulungen nach Nr. 92211 (nicht neben 91160S am BHT) (nicht ohne 92211 im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

¹ Bezug mittels Coupon über das Team DMP/HZV – Tel.: (0 69) 79 50 2 – 422, Fax: (0 69) 79 50 2 – 222

Sonderverträge mit Krankenkassen

AOK Hessen

Besondere ambulante ärztliche Versorgung zur Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung in Altenpflegeheimen

für Versicherte der AOK Hessen die dauerhaft in einem Altenpflegeheim leben

91410	Gen	Psychiatrische Versorgung in Altenpflegeheimen		17,68 € *
-------	-----	--	--	-----------

* Ab dem zweiten Jahr der Vertragslaufzeit erfolgt die Auszahlung der Pauschale zunächst in einer Höhe von 17,68 €, da die Höhe der Pauschale ab dem zweiten Jahr der Vertragslaufzeit von der Anzahl der im ersten Vertragsjahr substituierten Patienten abhängt. Sobald die endgültige Zahl der im ersten Vertragsjahr substituierten PIA-Patienten feststeht, erfolgt ggf. eine Nachvergütung (mind. 2.200 Patienten = 70,73 €, mind. 1.100 Patienten = 35,37 € und bis 1.099 Patienten = 17,68 €).

BundesInnungskrankenkasseGesundheit (BIG direkt gesund)

Prävention

Die Pseudoziffern sind nur im Zusammenhang mit den entsprechenden EBM-Leistungen abrechnungsfähig. Bitte setzen Sie beide Ziffern in Ihrer Quartalsabrechnung an (z.B.: **01720 und 01720P**).

Abrechenbar für Hausärzte und nur für Versicherte der BIG direkt gesund

01720P	Gen	J1 – Jugendgesundheitsuntersuchung (13.-14. Lebensjahr)	39,37 € *
01732P	Gen	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	34,12 € *
01735P	Gen	Beratung zur Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen (gemäß „Chroniker-Richtlinie“)	14,31 € *
01740N	Gen	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms beim Mann	14,31 € *
01740P	Gen	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms bei der Frau	14,31 € *
01746N	Gen	Zuschlag für Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs beim Mann	20,97 € *
01746P	Gen	Zuschlag für Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs bei der Frau	20,97 € *
81110A	Gen	Komplexjahrespauschale HZV – 1 x innerhalb von 4 Quartalen bei ambulanter ärztlicher Behandlung und bei Übermittlung des Erhebungsbogens zum Präventionsstatus an die BIG direkt gesund	28,00 €

Abrechenbar für Kinder- und Jugendärzte und nur für Versicherte der BIG direkt gesund

01711P	Gen	U1 Neugeborenen-Erstuntersuchung	16,59 € *
01712P	Gen	U2 Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag	34,64 € *
01713P	Gen	U3 Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche	34,64 € *
01714P	Gen	U4 Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat	34,64 € *
01715P	Gen	U5 Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat	34,64 € *
01716P	Gen	U6 Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat	34,64 € *
01717P	Gen	U7 Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat	34,64 € *
01718P	Gen	U8 Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat	34,64 € *
01719P	Gen	U9 Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat	34,64 € *
01722P	Gen	Sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte	20,97 € *
01723P	Gen	U7a Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat	39,37 € *

*) Der angegebene Euro-Betrag setzt sich aus der Bewertung nach der Eurogebührenordnung zuzüglich des vereinbarten Zuschlags von € 4,15 zusammen.

Vertrag zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)

Abrechenbar für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und nur für Versicherte der BIG direkt gesund

81103	Gen	Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) Beratung, Durchführung Infektionsscreening (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle, 16. bis 24. SSW)	26,00 €
-------	-----	--	---------

IKK classic

Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag

bei amb. ärztlicher Behandlung für Versicherte der IKK classic

81200	Gen	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (Mindestdauer 40 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar.	60,00 €
81201	Gen	Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an (Mindestdauer 60 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar.	90,00 €
81202	Gen	Repertorisation Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechenbar.	20,00 €
81203	Gen	Homöopathische Analyse Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechenbar.	20,00 €
81204	Gen	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten) Diese Leistung ist höchstens einmal pro Quartal abrechenbar.	45,00 €

81205	Gen	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten) Diese Leistung ist höchstens zweimal pro Quartal abrechenbar.	22,50 €
81206	Gen	Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten) Diese Leistung ist höchstens fünfmal pro Quartal abrechenbar.	10,00 €

(Durch die Fusion zum 1.8.11 der Vereinigten IKK mit der IKK classic mit der Namensführung IKK classic und der Kassenummer 18333 besteht nun auch für die ehemaligen Mitglieder der Vereinigten IKK die Möglichkeit an diesem Homöopathievertrag teilzunehmen)

BKK vor Ort

Ärztetz Rhein-Main (ÄRM)

bei ambulanter ärztlicher Behandlung für Mitglieder des Ärztenetz Rhein-Main für Patienten der BKK vor Ort (ehemals BKK Aktiv)

91611		Führung Patientenbuch	(1 x BHF)	10,23 €
91612		fachärztlicher Bericht im Patientenbuch	(je Bericht)	2,56 €
91613		Peakflowbuch	(pro Buch)	20,45 €

Interdisziplinäre Versorgung „Mein Arzt“

bei ambulanter ärztlicher Versorgung für Versicherte der BKK vor Ort (ehemals BKK Aktiv)

92400	Gen	Steuerungspauschale für Hausarzt (nicht neben 92301, 92302, 92401, 92402 im BHF)	(1 x BHF)	10,00 €
92401	Gen	Hausarztgespräch (nicht neben 92301, 92302, 92400, 92402 im BHF)	(1 x BHF)	10,00 €
92402	Gen	Steuerungspauschale für Facharzt	(1 x BHF, maximal 2 x im Kalenderjahr. Ausnahme: Für BAGs mit 2 unterschiedlichen Facharzttrichtungen ist die Nr. 92402 jeweils je Fachrichtung berechnungsfähig)	10,00 €

Securvita BKK, BKK Linde, DaimlerChrysler BKK, BKK Essanelle, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules

Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag

bei amb. ärztlicher Behandlung

81200	Gen	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (Mindestdauer 40 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar.	60,00 €
81201	Gen	Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an (Mindestdauer 60 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar.	90,00 €
81202	Gen	Repertorisation Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechenbar.	20,00 €
81203	Gen	Homöopathische Analyse Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechenbar.	20,00 €
81204	Gen	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten) Diese Leistung ist höchstens einmal pro Quartal abrechenbar.	45,00 €
81205	Gen	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten) Diese Leistung ist höchstens zweimal pro Quartal abrechenbar.	22,50 €
81206	Gen	Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten) Diese Leistung ist höchstens fünfmal pro Quartal abrechenbar.	10,00 €

BKK – Landesverband Hessen

HZV – Erwachsene

nur ambulant und nur Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

92301	Gen	HZV-BKK LV-Einschreibepauschale (nicht neben 92302, 92400, 92401, 92402) (1 x BHF bei Arzt-Patienten-Kontakt)	9,00 €
92302	Gen	HZV-BKK LV-Steuerungspauschale (nicht neben 92301, 92400, 92401, 92402) (1 x BHF bei Arzt-Patienten-Kontakt)	9,00 €

HZV – Kinder

Vertragspartner: BKK Landesverband Hessen und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. bei ambulanter ärztlicher Versorgung für Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

92310	Gen	Einschreibepauschale (einmalig nur bei Information und Beratung des Versicherten bei Einschreibung)	7,50 €
92311	Gen	Steuerungspauschale (je Quartal, in dem ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat)	5,00 €
92313	Gen	U10 Früherkennungsuntersuchung im Schulalter (7.-8. Lebensjahr)	50,00 €

92314	Gen	U11 Früherkennungsuntersuchung im Schulalter (10.-11. Lebensjahr)	50,00 €
-------	-----	---	---------

BARMER-GEK

Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie

bei ambulanter ärztlicher Versorgung für Versicherte der BARMER-GEK *)

97300	Gen	Homöopathische Erstanamnese Nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Kalenderjahr (Mindestdauer 60 Minuten).	90,00 €
97301	Gen	Homöopathische Folgeanamnese Diese Leistung ist höchstens einmal pro Quartal abrechnungsfähig (Mindestdauer 10 Minuten). Die Leistung ist erst nach erfolgter Erstanamnese möglich und nicht neben der 97300 am selben Behandlungstag abrechenbar.	30,00 €
97302	Gen	Homöopathische Analyse/Repertorisation Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechnungsfähig	30,00 €

*) Der Homöopathievertrag mit der BKK Mobil Oil wurde zum 31.12.2011 beendet.

KKH-Allianz

Durchführung einer Tonsillotomie

Abrechenbar für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Anästhesisten und nur für Versicherte der KKH-Allianz

97070A	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie	410,00 €
97070B	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	520,00 €
97070C	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	555,00 €
97070D	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	570,00 €
97070E	Gen	Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung eine Woche nach erfolgter Operation	25,00 €
97070F	Gen	Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation	25,00 €
97070H	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	445,00 €
97070I	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	460,00 €
97071A	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie	150,00 €
97071B	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,00 €
97071C	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,00 €
97071D	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	185,00 €
97071H	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,00 €
97071I	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	185,00 €

Techniker

Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens ab dem 20. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen und nur Versicherte der Techniker-Krankenkasse

93030	Gen	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für weibliche Versicherte ab 20 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €
93031	Gen	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für männliche Versicherte ab 20 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €

BKK R+V, BKK B. Braun*, BKK PwC* und BKK Schwenninger*

Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens ab dem 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen und nur Versicherte der vorgenannten BKK's

93040	Gen	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für weibliche Versicherte ab 18 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €
93041	Gen	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für männliche Versicherte ab 18 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €

*Die BKK B. Braun, BKK PwC und die BKK Schwenninger sind ab dem 01.01.2012 diesem Vertrag der BKK R+V beigetreten.