



# Hessenspezifische Abrechnungsnummern

Stand: 3. Quartal 2010



# Hessenspezifische Abrechnungsnummern

## 3. Quartal 2010

### Wir bitten um Beachtung:

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](http://www.kvhessen.de)) im Bereich „Mitglieder > Abrechnung und Honorar > Vergütung und Honorarverteilung > Hessenspezifischen Abrechnungsnummern“ oder per Rundschreiben veröffentlicht.

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

### 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 <b>zuzahlungspflichtigen Originalschein</b>	--
80030N**	Kennzeichnung – <b>bei Inanspruchnahme im Notfall/ärztlichen Bereitschaftsdienst</b>	--
80031**	Kennzeichnung <b>Überweisungsschein</b>	--
80032	<b>Befreiung von Zuzahlungen nachgewiesen</b>	--
80033	<b>Quittung</b> über Zuzahlung lag vor	--
80033N	<b>Quittung</b> über Zuzahlung lag vor – <b>bei Inanspruchnahme im Notfall/ärztlichen Bereitschaftsdienst</b>	--
80034	<b>keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei artzpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt bzw. Therapeuten</b>	--
80040	<b>Keine Zuzahlung</b> aus sonstigen Gründen ( <b>Kassenwechsel, Widerruf der Kostenerstattung, Vertretung in der SSW-Vorsorge, Befreiung von Praxisgebühr durch Kasse</b> )	--
80044	<b>Keine Zuzahlung erfolgt – Mahnfrist abgelaufen</b>	--
80045	<b>Keine Zuzahlung erfolgt – Mahnfrist läuft</b>	--
80046	<b>Portokosten – schriftl. Zahlungsaufforderung</b>	0,55 €
80047	Zahlungsaufforderung <b>nicht zustellbar</b>	--

98002**	keine Zuzahlung – SKT	--
98003**	keine Zuzahlung – <b>Laborauftrag (SUG 27/28)</b>	--
98004**	keine Zuzahlung – <b>nur Prävention</b>	--
98005**	keine Zuzahlung – <b>jünger als 18 Jahre</b>	--
98009**	keine Zuzahlung – <b>patientenbezogene Befundung</b>	--
98010**	keine Zuzahlung – <b>nur Kosten bzw. Ziffern ohne Wert</b>	--

\*\* Ziffern werden von KVH 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.	--
88200	Kennzeichnung bei ambulanter ärztlicher Behandlung von Influenza A/H1N1 bzw. Verdacht auf Influenza A/H1N1; je Behandlungstag	--

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)	--
98996		Kennzeichen für ambulante Leistungen der Pathologen bei Patienten in stationärer Behandlung	--
98997		Kennzeichen für ambulante Leistungen des Anästhesisten 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)	--
99991		Kennzeichnung von Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz (1 x BHF)	--

## 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. Obligatorer 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  
\*vorbehaltlich der Zustimmung der Entscheidungsgremien der Krankenkassen

GO-Nummer	Impfung	Impfzyklus - Dosen	Bewertung
<b>89100</b> Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>Diphtherie</b>	A - B – R	6,50 €
<b>89101</b> Sonstige Indikationen		A - B - R	

<b>89102</b>		<b>Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME)</b>	A - B - R	8,50 €
<b>89103</b>	Standardimpfung – Säuglinge und Kleinkinder	<b>Haemophilus influenzae Typ b</b>	A - B	6,50 €
<b>89104</b>	Sonstige Indikationen		A - B	
<b>89105</b>		<b>Hepatitis A</b>	A - B - R	6,50 €
<b>89106</b>	Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>Hepatitis B</b>	A - B	6,50 €
<b>89107</b>	Sonstige Indikationen		A - B - R	
<b>89108</b>	Dialysepatienten		A - B - R	
<b>89111</b>	Standardimpfung Personen über 60 Jahre	<b>Influenza</b>		8,50 €
<b>89112</b>	Sonstige Indikationen			
<b>89113</b>		<b>Masern</b>		6,50 €
<b>89114</b>	Konjugatimpfstoff Standardimpfung – Kinder	<b>Meningokokken</b>		6,50 €
<b>89115</b>	Sonstige Indikationen		A - B - R R**)	
<b>89118</b>	Konjugatimpfstoff Standardimpfung Kinder bis 24 Monate	<b>Pneumokokken</b>	A - B	8,50 €
<b>89119</b>	Polysaccharidimpfstoff Standardimpfung Personen über 60 Jahre			
<b>89120</b>	Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chron. Krankheit		A - R	
<b>89121</b>	Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>Poliomyelitis</b>	A - B - R	6,50 €
<b>89122</b>	Sonstige Indikationen		A - B - R R**)	
<b>89123</b>		<b>Röteln (Erwachsene)</b>		6,50 €
<b>89124</b>		<b>Tetanus</b>	A - B - R	6,50 €
<b>89125</b>	Standardimpfung – Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>Varizellen</b>	A - B	6,50 €
<b>89126</b>	Sonstige Indikationen		A - B	
<b>89200</b>		<b>Diphtherie, Tetanus (DT)</b>	A - B	6,50 €
<b>89201</b>		<b>Diphtherie, Tetanus (Td)</b>	A - B - R	6,50 €
<b>89202</b>		<b>Hepatitis A und Hepatitis B nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepati- tis B-Impfung</b>	A - B	6,50 €
<b>89300</b>		<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)</b>	A - B	9,00 €
<b>89301</b>		<b>Masern, Mumps und Röteln (MMR)</b>	A - B	14,30 €
<b>89302</b>		<b>Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)</b>	A - R R***)	9,00 €
<b>89303</b>		<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)</b>	A - R R***)	9,00 €
<b>89400</b>		<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)</b>	A - R R***)	9,00 €

<b>89401</b>	<b>Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)</b>	A - B	14,30 €
<b>89500</b>	<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)</b>	A - B	9,00 €
<b>89600</b>	<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)</b>	A - B	19,50 €

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.

## Vereinbarung über die Durchführung der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV)

Vertragspartner: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Landesverband Hessen und alle Kassen bei ambulanter ärztlicher Versorgung nur abrechenbar für eingeschriebene Ärzte

90110	Einfachimpfung Humane Papillomviren (HPV) Mädchen von 12 – 17 Jahren (Erstimpfung)	12,00€
90111	Einfachimpfung Humane Papillomviren (HPV) Mädchen von 12 – 17 Jahren (zweite und dritte Impfung, bzw. Folgeimpfung)	8,50€

## Sachkosten Katarakt

90401	Sachkosten PMMA-Linse	EK: 333,00 € PK: 337,45 €
90402	Sachkosten faltbare Silikonlinse	EK: 374,00 € PK: 378,36 €
90403	Sachkosten faltbare Acryllinse	EK: 399,00 € PK: 403,92 €

## 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	<b>Gen</b> 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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)	38,00 €
91160S <sup>1</sup>	Gen	Verbrauchsmaterial nach 91160G (nicht ohne 91160G im BHF)	(1 x BHF)	0,00 €

<sup>1</sup> Bezug mittels Coupon über DMP-Geschäftsstelle – 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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)	25,56 €
92142 <sup>1</sup>	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)	25,56 €

92144 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 intensivierter Insulintherapie (nicht neben 92201, 92211 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92210 <sup>1</sup>	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 intensivierter 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 intensivierter Insulintherapie (nicht neben 92209, 92211 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92202 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 intensivierter Insulintherapie (nicht neben 92201, 92209 im BHF)	(12 x BHF)	38,00 €
92212 <sup>1</sup>	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 €

<sup>1</sup> Bezug mittels Coupon über DMP-Geschäftsstelle – Tel.: (0 69) 79 50 2 – 422, Fax: (0 69) 79 50 2 – 222

## Sonderverträge mit einzelnen 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	35,37 €
-------	-----	--	---------

### 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 (für Hausärzte nur mit gesondertem Antrag) 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 € *
81102	Gen	U10 Früherkennungsuntersuchung im Schulalter (7.-8. Lebensjahr)	50,00 €

\*) 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 €
-------	-----	---	---------

## Betriebskrankenkassen

### 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 KHF)	10,00 €

### BKK Mobil Oil

### Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie

bei ambulanter ärztlicher Versorgung für Versicherte der BKK Mobil Oil

97300	Gen	<b>Homöopathische Erstanamnese</b> Nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Kalenderjahr (Mindestdauer 60 Minuten).		90,00 €
97301	Gen	<b>Homöopathische Folgeanamnese</b> 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	<b>Homöopathische Analyse/Repertorisation</b> Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechnungsfähig		30,00 €

## Securvita BKK, BKK Linde, DaimlerChrysler BKK, BKK Essanelle und BKK 24

### **Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag**

bei ambulanter ärztlicher Behandlung für Versicherte der Securvita BKK, BKK Linde, DaimlerChrysler BKK, BKK Essanelle und BKK 24

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

## Knappschaft

### **Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte unter 35 Jahren**

nur für Versicherte der Knappschaft

01745	Gen	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	25,00 €
-------	-----	--	---------

### **Hausarztzentrierten Versorgung**

nur für Versicherte der Knappschaft

81110 B	Gen	HZV-Knappschafts-Pauschale, nur ambulant bei eingeschriebenen Versicherten der Bundesknappschaft (1 x BHF bei Arzt-Patienten-Kontakt)	9,00 €
---------	-----	--	--------

## Ersatzkassen

### GEK

**Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ist nach der Fusion mit der BARMER Ersatzkasse eingefroren worden**

d.h. dass es nach der Fusion für die Versicherten der neuen BARMER-GEK leider nicht möglich ist, sich einschreiben zu lassen. Der HZV-Vertrag gilt nur für die ehemaligen GEK-Versicherten, die sich vor dem 31.12.2009 für diesen Vertrag entschieden haben. Bei diesen Patienten können Sie weiterhin folgende Ziffer ansetzen

92302	Gen	HZV-Steuerungspauschale – nur ambulant und keine delegierbare Leistung (in allen Folgequartalen nach der Einschreibung)	(1 x BHF bei Arzt-Patienten-Kontakt)	9,00 €
-------	-----	--	--------------------------------------	--------

### BARMER-GEK

#### **Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie**

Aufgrund der Fusion von Barmer und GEK können diese Leistungen ab dem 1. Jan. 2010 für alle teilnehmenden Versicherten der BARMER-GEK abgerechnet werden.

bei ambulanter ärztlicher Versorgung für Versicherte der BARMER-GEK

97300	Gen	<b>Homöopathische Erstanamnese</b> Nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Kalenderjahr (Mindestdauer 60 Minuten).	90,00 €
97301	Gen	<b>Homöopathische Folgeanamnese</b> 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	<b>Homöopathische Analyse/Repertorisation</b> Bis zu zweimal im Kalenderjahr abrechnungsfähig	30,00 €

### 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 <b>einseitiger</b> Eingriff	555,00 €
97070D	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils <b>beidseitiger</b> 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 <b>einseitiger</b> Eingriff	445,00 €
97070I	Gen	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils <b>beidseitiger</b> 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 <b>einseitiger</b> Eingriff	185,00 €
97071D	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils <b>beidseitiger</b> Eingriff	185,00 €
97071H	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils <b>einseitiger</b> Eingriff	185,00 €
97071I	Gen	Durchführung einer Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils <b>beidseitiger</b> 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	<b>Gen</b>	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für weibliche Versicherte ab 20 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €
93031	<b>Gen</b>	Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für männliche Versicherte ab 20 bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	27,00 €