

Kölner Kommentar zum EBM

Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

von
Dr. Andreas Köhler

Grundwerk mit 7. Ergänzungslieferung

Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de
ISBN 978 3 7691 3150 5

A1 Vorwort, Handhabung des Kommentars

Vorwort zur siebten Ergänzungslieferung der zweiten Auflage, Stand: 1. Oktober 2013

Die sechste Ergänzungslieferung des Kölner Kommentars mit Stand zum 1. Januar 2012 liegt nunmehr schon einige Zeit zurück. Seither sind initiiert durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, eine Reihe von Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu EBM-Anpassungen gefasst worden. Zuletzt wurden die gesetzlich geänderten Vorgaben mit einer umfassenden Anpassung der Leistungsstruktur im hausärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 aufgenommen. Insbesondere hat das Gesetz strukturell die Regelungskompetenz zur Honorarverteilung vom Bewertungsausschuss auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Damit ist die in früheren Zeiten existente Trennung der Gestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in den Händen des Bewertungsausschusses und der darauf aufsetzenden Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder implementiert worden.

In den überarbeiteten Kommentierungen der vorliegenden Ergänzungslieferung des Kölner Kommentars sind all diese Änderungen berücksichtigt. Damit liegt eine längst überfällige aktualisierte Arbeitshilfe für den Vertragsarzt in Bezug auf die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen vor.

Die Verfasser dieses Kommentars haben bei der Erstellung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) als Mitarbeiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, als Mitglieder im Bewertungsausschuss sowie im Erweiterten Bewertungsausschuss mitgewirkt. Der von ihnen mit ausdrücklichem Einverständnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebene Kommentar kann jedoch nicht als rechtsverbindliche Auslegung des EBM angesehen werden, sondern gibt die persönliche Auffassung der Kommentatoren wieder, die ihrerseits aber geprägt ist durch die intensive Mitarbeit an der Formulierung der Leistungslegenden, der Bewertung der Leistungen und der Rahmenbedingung zur Vergütung derselben.

Die Verfasser

Berlin, im September 2013

Handhabung des Kommentars

1. Gliederung

Der Kommentar folgt der Gliederung des EBM. Auf dem oberen Rand einer jeden Seite ist das entsprechende Gebührenordnungskapitel des EBM angegeben.

2. EBM-Gebührenordnung - Kommentartext

Die Präambeln zu den Kapiteln, die Gebührenordnungsnummern, die Leistungslegenden und -bewertungen in Punktzahlen sind in Normaldruck, die EBM-Anmerkungen zu den entsprechenden Leistungen sind in gleicher Schriftart kursiv gedruckt.

Hinter den Leistungslegenden und ggf. vorhandenen Anmerkungen wird - sofern es sich um Leistungen handelt, die mit dem Standardbewertungssystem bewertet wurden - die Bewertungstabelle dargestellt, aus der die Detailinformationen zum Ärztlichen und Technischen Leistungsanteil ersichtlich sind, ergänzend dazu sind unter Zuhilfenahme des bundeseinheitlichen Orientierungswertes Euro-Preise ausgewiesen. Diese gelten nur dann, wenn es keine Abweichungen vom bundeseinheitlichen Orientierungswert in einer Kassenärztlichen Vereinigung gibt. Den Orientierungswert hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 mit 10 Cent vorgegeben. Diese von der bisherigen Vorgabe deutlich abweichende Höhe des Orientierungswertes (bis zum 30. September 2013 lag der Wert bei 3,5363 Cent) resultiert aus der Absicht des Bewertungsausschusses, den in der Kalkulation verwendeten Punktwert und den Orientierungswert einheitlich mit einem Wert vorzugeben. Diese Umstellung erfolgte ausgabenneutral, sodass die Euro-Preise nahezu unverändert bleiben, während die Punktzahlbewertungen der Gebührenordnungspositionen entsprechend abgesenkt wurden. Die aus dieser Angleichung von Kalkulationspunktwert und Orientierungswert resultierende Absenkung der Punktzahl gegenüber dem mit dem kalkulatorischen Punktwert umgerechneten Kalkulationsergebnis ist in den Bewertungstabellen in der entsprechend bezeichneten Zeile mit einer negativen Punktzahl vermerkt. Bei der für das Jahr 2014 angekündigten Anpassung der Kalkulation durch den Bewertungsausschuss soll diese Differenz zwischen dem in Euro ausgewiesenen Betrag und der Kalkulation abgebaut werden. Nach der tabellarischen Darstellung schließen sich die Kommentartexte an. Die Kommentartexte zu den Präambeln oder Gebührenordnungspositionen sind durch eine blaue Hintergrundfarbe gekennzeichnet.

3. Verweise innerhalb des Kommentars

Ein Verweis auf Kommentierungen an anderer Stelle erfolgt durch die in Klammern angegebene Gebührenordnungsposition z. B.: (s. GOP 01100/1.). Die nach dem Schrägstrich angeführte Nummer mit Punkt bezeichnet den Absatz des Kommentartextes. Das Aufführen auch der Seitenzahlen in diesen Verweisen ist unterlassen worden; sie sollen in erster Linie das Zitieren erleichtern.

4. Kennzeichnung berichtspflichtiger Leistungen

Leistungen, für deren Berechnung die Erstellung mindestens eines Berichtes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. eines Briefes ent-

sprechend der Gebührenordnungsposition 01601 im Behandlungsfall Voraussetzung ist, sind im vorliegenden Kommentar mit einem "B" gekennzeichnet.

5. Bewertungstabellen

Diejenigen Leistungen, deren Bewertung auf Grundlage des Standardbewertungssystems ermittelt wurden, sind in der Kommentierung durch detaillierte Bewertungstabellen dargestellt. Weitergehende Erläuterungen hierzu finden sich im Teil "E1 - Aspekte der betriebswirtschaftlichen Berechnung" des Kommentares.

Darüber hinaus gibt es Leistungen, die keinen kostenrechnerischen Hintergrund aufweisen und durch den Bewertungsausschuss normativ mit einer Punktzahl bewertet wurden. Diese Leistungen erkennt man im Kölner Kommentar daran, dass keine erläuternde Tabelle erscheint.

6. Ergänzungslieferungen

Die in unregelmäßigen Abständen je nach Notwendigkeit erfolgenden Ergänzungslieferungen werden mit Einordnungshinweisen versehen.

7. Abkürzungen

Auf Verwendung von nichtmedizinischen Abkürzungen konnte besonders wegen der Kommentare zur Rechtsprechung nicht verzichtet werden. Sie werden in den Texten erforderlichenfalls erläutert und sind nachstehend aufgeführt:

25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen

25.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 25210 bis 25213 nicht berechnungsfähig.
2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01414, 01416, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01435, 01610, 01611, 01620 bis 01623, 01950, 01955, 01956, 02100, 02101, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340 und 02341.
3. Ausser den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33 und 34.
4. Eine Bestrahlungsfaktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.
5. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens drei Zielvolumina, je Behandlungstag höchstens zwei Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens sechs Stunden berechnungsfähig. Die Zeiten sind auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.
6. Die Gebührenordnungspositionen 25320 und 25321 sind grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen. Muss diese Dosis im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können pro Zielvolumen einmal im

Behandlungsfall berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Telegamma- auf Beschleunigertechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumorvolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.

8. Radiologisch-diagnostische Verfahren des Kapitels 34 zur Bestrahlungsplanung nach den Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können unter laufender Strahlentherapie neben den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht berechnet werden.
9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
10. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
11. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Mit der unter Nummer 1 aufgeführten Auflistung sind abschließend diejenigen Vertragsärzte benannt, die die Leistungen des Kapitels berechnen können. Entscheidend ist die Zulassung zur Versorgung und nicht das Führen eines Gebietes oder Schwerpunktes. Im Gegenzug können Ärzte keine Leistungen aus anderen arztgruppenspezifischen Kapiteln berechnen. Ausgenommen hiervon sind Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen (6.2 der Allgemeinen Bestimmungen) sowie Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen, aber nicht Fachärzte für Strahlentherapie sind. In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften können die Gebührenordnungspositionen der Kapitel berechnet werden, mit denen die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

25.1 Präambel

Die Arztgruppenspezifität ersetzt den Beschluss gemäß § 87 Abs. 2a SGB V, wonach die Gebührenordnungspositionen des GKV-Leistungskataloges den Arztgruppen zuzuordnen sind.

Nicht in der Präambel und nicht im Kapitel aufgeführte Gebührenordnungspositionen des EBM dürfen nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Eine Privatliquidation von Gebührenordnungspositionen aus anderen arztgruppenspezifischen Kapiteln wird nicht empfohlen.

Die in Nummer 2 der Präambel aufgeführten Gebührenordnungspositionen stellen gemeinsam mit den in der Nummer 3 aufgeführten Gebührenordnungspositionen und den im Kapitel selbst dargestellten Gebührenordnungspositionen das gesamte abrechnungsfähige Leistungsspektrum der Strahlentherapie dar. Die Auflistung bedeutet dabei nicht, dass der Vertragsarzt diese Gebührenordnungspositionen auch dann erbringen kann, wenn er die entsprechenden berufs-, weiterbildungs- und vertragsärztrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt (s. Allgemeine Bestimmung 1.3 bis 1.5).

Die bundesmantelvertraglichen Regelungen, wonach aus Sicherstellungsgründen Strahlentherapeuten auch über die in der Präambel hinaus genannten Gebührenordnungspositionen ausdrücklich berechnen dürfen, bleibt davon unberührt.

Eine Einschränkung ist im Hinblick auf die unter Nummer 1 der Präambel eingeräumte Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 25210 bis 25212 definiert. Deren Berechnung ist Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen, aber nicht Fachärzte für Strahlentherapie sind, verwehrt, da sie aufgrund ihres originären Fachgebietes auf die Grundleistungen des entsprechenden arztgruppenspezifischen Kapitels zugreifen können.

Die Berechnungsfähigkeit der unter Nummer 3 der Präambel genannten Gebührenordnungspositionen ist an einen dort jeweils definierten Qualifikationsnachweis und an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden.

In Ergänzung zu den üblicherweise in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel dargestellten Abrechnungsvoraussetzungen sind für die strahlentherapeutischen Leistungen Begriffsdefinitionen und Abrechnungsabgrenzungen zur Radiologie notwendig und in den Nrn. 4 bis 9 der Präambel aufgenommen.

In Nummer 8 der Präambel wird festgelegt, dass die CT- und MRT-Untersuchung zur Bestrahlungsplanung nicht während einer Strahlentherapie berechnet werden kann, unbeschadet der Berechnungsmöglichkeit vor Aufnahme der Strahlentherapie.

Erfolgen wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung während der Behandlung, so kann aber gemäß Nummer 7 der Präambel in Ausnahmefällen dennoch die mehrfache Berechnung von CT- und MRT-Untersuchungen notwendig sein. Als Gründe für die Änderungen der Bestrahlungsplanung kommen in Betracht:

- Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Telegamma- auf Beschleunigertechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung),
- Strahlenbiologische Gründe,
- Anpassung an das Tumorvolumen bei Tumorprogression oder -regression.

Unbeschadet der Möglichkeit, Gebührenordnungspositionen aus dem Bereich IV zu berechnen, müssen zusätzliche Auflagen beachtet werden, wie z.B. die Maßnahmen der Qualitätssicherung oder insbesondere die Verpflichtung zur Beschränkung auf das jeweilige Gebiet.

Aufgrund der Verpflichtung gemäß § 24 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 6 EKV zur Übermittlung von erhobenen Befunden sind neben der grundsätzlichen Pflicht zur Archivierung die Befundmitteilungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den weiterbehandelnden Arzt entsprechend Nummer 10 der Präambel Bestandteil der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen. Ein nach Kapitel 25 abrechnender Arzt darf daher die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 nicht berechnen.

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

B 25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbe funden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,
 - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, 28,60 €
- einmal im Behandlungsfall 286 Punkte

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

Ärztlicher Leistungsanteil

Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
UBR Hausarzt	100	25,0	0,0	0,0	214,0	
Sprechzimmer	100	5,0	0,0	0,0	42,8	
Sprechzimmer	100	0,0	0,0	0,0	5,1	
Summe		30			262	

Prüfzeit**27 Minuten****Nur Quartalsprofil****Technischer Leistungsanteil**

Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
UBR Hausarzt	100	25,0	121,1	11,3	
Sprechzimmer	100	5,0	19,8	2,3	
Sprechzimmer	100	0,0	0,0	0,0	
Summe		30	141	14	

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert**-131 Punkte**

Die Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25214 sind nur berechnungsfähig, wenn es zwischen dem Arzt und dem an ihn überwiesenen Patienten zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gekommen ist, der sich auf den Grund der Überweisung bezieht.

Mit den Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25214 werden die auf die jeweiligen Bestrahlungsmethoden bezogenen vorbereitenden Leistungen erfasst. Die für die Anwendung radioaktiver Strahlung notwendige Bestrahlungsplanung setzt die sorgfältige Analyse aller vorangegangenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen voraus. Dabei sind die Interpretation von Fremdbefunden und die konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten ebenso ggf. Bestandteil dieser vorbereitenden Leistungen.

Kommt es dazu, ist es unerheblich, ob der überweisende zum auftragsausführenden Arzt Kontakt aufgenommen hat oder ob der Arzt, an den überwiesen wurde, seinerseits mit dem überweisenden Arzt spricht, insbesondere dann, wenn er zusätzliche Informationen benötigt, um die in Anbetracht der Fragestellung aus seiner fachlichen Sicht am besten geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden. Zum Umfang der ge-

nannten Leistungen gehören auch die Beratung und Aufklärung des Patienten.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25214 ist Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen, aber nicht Fachärzte für Strahlentherapie sind, verwehrt, da sie aufgrund ihres originären Fachgebietes auf die Leistungen des entsprechenden arztgruppenspezifischen Kapitels zugreifen können.

B 25211 Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - Überprüfung der vorliegenden Indikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbe funden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,
 - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, 62,40 €
einmal im Behandlungsfall 624 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
UBR Hausarzt	100	60,0	0,0	0,0	513,6	
Sprechzimmer	100	5,0	0,0	0,0	42,8	
Sprechzimmer	100	0,0	0,0	0,0	5,1	
Summe			65			561

Prüfzeit

57 Minuten

Nur Quartalsprofile

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
UBR Hausarzt	100	60,0	290,6	27,2	
Sprechzimmer	100	5,0	19,8	2,3	
Sprechzimmer	100	0,0	0,0	0,0	
Summe			65	310	29

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert -276 Punkte

s. Kommentierungen zur Gebührenordnungsposition 25210.

- B 25213 Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 25210 oder 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern 9,00 € einmal im Behandlungsfall 90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25213 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Sprechzimmer	100	10,0	0,0	0,0	85,6	
Summe			10		86	

Prüfzeit 10 Minuten **Nur Quartalsprofil**

Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
Sprechzimmer	100	10,0	39,7	4,5	
Summe			10	40	5

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert -41 Punkte

- B 25214 Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verord-**

nung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)

Obligator Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
- Dokumentation(en),
- Einleitung einer geeigneten Behandlung

9,00 €

einmal im Behandlungsfall

90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25211 berechnungsfähig.

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Sprechzimmer	100	10,0	0,0	0,0	85,6	
Summe		10			86	

Prüfzeit	9 Minuten	Nur Quartalsprofil
-----------------	------------------	---------------------------

Technischer Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug	
			TL	PB		
Sprechzimmer	100	10,0	39,7	4,5		
Summe		10	40	5		

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert	-41 Punkte
--	-------------------

Im Gegensatz zu den strahlentherapeutischen Grundpauschalen 25210 und 25211 ist der Konsiliarkomplex nach strahlentherapeutischer Behandlung von allen für das Kapitel 25 berechtigten Vertragsärzten berechnungsfähig.

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

Die Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn es zwischen dem Arzt und dem an ihn überwiesenen Patienten zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gekommen ist, um die ggf. notwendigen Nachuntersuchungen nach einer strahlentherapeutischen Behandlung durchzuführen, die gemäß der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung gefordert sind. Die Gebührenordnungsposition ist bis zu siebenmal innerhalb von fünf Jahren nach Beendigung der strahlentherapeutischen Behandlung berechnungsfähig.

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

B 25310 Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

Obligator Leistungsinhalt

- Therapie gutartiger und/oder bösartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie, 12,60 €
je Behandlungstag 126 Punkte

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Konventionelle Strahlentherapie	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Summe			0		0	

Prüfzeit	0 Minuten	Keine Eignung
----------	-----------	---------------

Technischer Leistungsanteil					
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
Konventionelle Strahlentherapie	100	5,3	172,9	6,7	
Summe		5		173	7

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert	-54 Punkte
---	------------

25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV)

- B 25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät bei gut- oder bösartigen Erkrankungen oder Bestrahlung mit dem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen**

Obligator Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Telekobaltgerät, mit einem Focus-Achse-Abstand von mindestens 80 cm oder
- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen

26,50 €

je Fraktion

265 Punkte

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Hochvolt-Radiotherapie	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Summe		0				0

Prüfzeit	0 Minuten	Keine Eignung
----------	-----------	---------------

Technischer Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug	
			TL	PB		
Hochvolt-Radiotherapie	100	9,0	373,1	11,4		
Summe		9	373	11		

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert	-119 Punkte
---	-------------

- B 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems**

35,50 €

je Fraktion

355 Punkte

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.

Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Codes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildungen der Meningen, D33.- Gutartige Neubildungen des Gehirns oder

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildungen der Hypophyse, D35.4 Gutartige Neubildung der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse), D42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Hypophyse, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Epiphyse (Glandula pinealis) (Zirbeldrüse).

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Hochvolt-Radiotherapie	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Summe			0		0	

Prüfzeit	0 Minuten	Keine Eignung			
Technischer Leistungsanteil					
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
Hochvolt-Radiotherapie	100	12,0	497,4	15,2	
Summe			12	497	15

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert -157 Punkte

- B 25322 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 25320 oder 25321 bei Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern, je Fraktion** 6,50 € 65 Punkte

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten		Punkt- zahl	Bezug
			A1	A2		
Hochvolt-Radiotherapie	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Summe			0		0	

Prüfzeit 0 Minuten Keine Eignung

Technischer Leistungsanteil					
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
Hochvolt-Radiotherapie	100	2,2	91,2	2,8	
Summe			2	91	3

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert **-29 Punkte**

- B 25323 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25321 bei Bestrahlung in 3-D-Technik (auch stereotaktische, fraktionierte Bestrahlung von Gehirnläsionen) und/oder Großfeld- und/oder Halbkörperbestrahlung,** 9,50 €
je Fraktion 95 Punkte

Ärztlicher Leistungsanteil						
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Assis- tenten	Punkt- zahl		Bezug
				A1	A2	
Hochvolt-Radiotherapie	100	0,0	0,0	0,0	0,0	
Summe			0			0

Prüfzeit **0 Minuten** **Keine Eignung**

Technischer Leistungsanteil					
Kostenstelle	Beitrag zur Leist. in %	Kalk. Zeit Min.	Punkt- zahl		Bezug
			TL	PB	
Hochvolt-Radiotherapie	100	3,2	132,6	4,0	
Summe			3	133	4

Angleichung Kalkulationspunktwert und Orientierungswert **-42 Punkte**

25.3.3 Brachytherapie

- Bestrahlungsplanungen für Leistungen der Brachytherapie dieses Abschnittes sind nicht gesondert berechnungsfähig.

- B 25330 Moulagen- oder Flabtherapie**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden an äußereren oder inneren Körperoberflächen (Moulagen- oder Flabtherapie),
- Bestrahlungsplanung(en), 41,00 €
je Behandlungstag 410 Punkte

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

Prüfzeit	4 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	-----------	---------------------------

B 25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie*Obligator Leistungsinhalt*

- Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden - ausgenommen Gefäße -
 - in vorgeformten Körperhöhlen und/oder
 - in schluchtförmigen Organen (z. B. Ösophagus) und/oder
 - Gängen,
 - Bestrahlungsplanung(en),
- 117,10 €
- je Behandlungstag
- 1171 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25331 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25332 und 25333 berechnungsfähig.

Prüfzeit	8 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	-----------	---------------------------

B 25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie*Obligator Leistungsinhalt*

- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden,
 - Bestrahlungsplanung(en),
- 78,00 €
- je Behandlungstag
- 780 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25332 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

Prüfzeit	2 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	-----------	---------------------------

- B** 25333 **Interstitialle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren**

Obligator Leistungsinhalt

- Interstitialle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlungsplanung(en), 117,10 €
je Behandlungstag 1171 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25333 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

Prüfzeit	8 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	-----------	---------------------------

25.3.4 Bestrahlungsplanung

- B** 25340 **Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung**

Obligator Leistungsinhalt 37,30 €

- Simulation(en) 373 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25340 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25341 und 25342 berechnungsfähig.

Prüfzeit	3 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	-----------	---------------------------

Ohne Simulationen sind die Gebührenordnungspositionen 25340, 25341 und 25342 nicht berechnungsfähig.

- B** 25341 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung**

Obligator Leistungsinhalt 167,80 €

- Simulation(en) 1678 Punkte

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

Die Gebührenordnungsposition 25341 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25342 berechnungsfähig.

Prüfzeit	12 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	------------	---------------------------

Ohne Simulationen sind die Gebührenordnungspositionen 25340, 25341 und 25342 nicht berechnungsfähig.

- B 25342 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung**

Obligator Leistungsinhalt 249,70 €
 – Simulation(en) 2497 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.

Prüfzeit	23 Minuten	Tages- und Quartalsprofil
----------	------------	---------------------------

Ohne Simulationen sind die Gebührenordnungspositionen 25340, 25341 und 25342 nicht berechnungsfähig.