

## **Formblatt 3**

für

Allgemeine Ortskrankenkassen  
Betriebskrankenkassen  
Innungskrankenkassen  
Landwirtschaftliche Krankenkassen  
Knappschaft  
Ersatzkassen

Gültig ab: 4. Quartal 2016

Version: 4.12

Datum: 28.09.2016

## ÄNDERUNGSVERZEICHNIS

| Vers. | Datum      | Änderung   | Begründung   |
|-------|------------|--|--|
| 4.12  | 28.09.2016 | Aufnahme Einzelausweis # 40306 in KA 400   | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung (Kostenpauschale für die Qualitätssicherung i. Z. m. der GOP 34291) |
|       |            | Aufnahme Einzelausweis # 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 in KA 400 | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung (Medikationsplan)   |
|       |            | Textanpassung # 40154  | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung   |

| Vers. | Datum      | Änderung   | Begründung  |
|-------|------------|--|---|
| 4.11  | 05.07.2016 | Aufnahme Einzelausweis # 37100 bis 37120 in KA 400   | Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung (Kooperations- und Koordinationsleistungen)  |
|       |            | Aufnahme Einzelausweis # 38100 bis 38205 in KA 400   | Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung (Delegationsfähige Leistungen)   |
|       |            | Anpassung Bezeichnung KA 518 und 993   | Anpassung SGB V durch PräVG   |
|       |            | Anpassung Vorbemerkung 2.1   | Anpassung nach Ablösung Krankenversichertenkarte; Präzisierung Verweis auf § 264 SGB V; Anpassung SGB V durch GKV-VSG   |
|       |            | Aufnahme Einzelausweis # 11301X, 11302X, 11304, 11449, 11514, 19406, 19410 bis 19426, 19451 bis 19456, 32865 und 32911 in KA 400; Beendigung # 11311X bis 11334X und 11354X bis 11443X in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“); Beendigung # 11330 bis 11334, 11354, 11361, 11372, 11391, 11396, 11403, 11404, 11412, 11421, 11422, 11430, 11433, 11434, 11441 bis 11443 und 11500 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“) | Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung (humangenetische Leistungen), Beschluss und Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung (humangenetische Leistungen und künstliche Befruchtung) |
|       |            | Streichung Ausweis Kapitel 87, Abschnitt 8, # 86770* bis 86784* in KA 400  | Ablauf der Abrechnungsfähigkeit für beendete Gebührenordnungspositionen   |
|       |            | Aufnahme KA 997 „Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen“ in Kapitel 2.2 und Kapitel 3; Aufnahme Einzelausweis # 30980 bis 30988 in KA 400 und KA 997; Anpassung Flussdiagramm   | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung (Aufnahme Abschnitt 30.13 EBM)   |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung   | Begründung   |
|-------|------------|--|--|
| 4.10  | 26.04.2016 | Aufnahme Einzelausweis # 34700 bis 34703 und 40584 in KA 400   | Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung (Finanzierung PET, PET/CT)   |
| 4.9   | 28.05.2015 | Aufnahme Einzelausweis # 40582 in KA 400<br><br>Streichung Einzelausweis # 40500 bis 40580 in KA 400   | Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 343. Sitzung (Finanzierung der Kostenpauschale 40582)<br><br>Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung (Abgrenzung der MGv)   |
| 4.8   | 10.02.2015 | Aufnahme Einzelausweis # 03060, 03062, 03063 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 04356 in KA 400<br><br>Streichung Vorgänge 973 und 974 in Konto 9959 | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung, Teil A (nicht-ärztliche Praxisassistenten)<br><br>Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung, Teil C (Zuschläge PFG)<br><br>Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 340. Sitzung (Zuschlag Sozialpädiatrie)<br><br>Erlass des BMG zur Änderung KG3 |
| 4.7   | 16.12.2014 | Aufnahme Einzelausweis # 06334 und 06335 in KA 400   | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 328. Sitzung (intravitreale Medikamenteneingabe)   |
| 4.6   | 04.09.2014 | Aufnahme Einzelausweis der Leistungen in den Unterabschnitten 4.5.4 und 13.3.6 in KA 400<br><br>Erweiterung Einzelausweise um # 04528 und 04529 im Abschnitt 4.5 in KA 400 sowie # 13425 und 13426 im Unterabschnitt 13.3.3 in KA 400  | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung<br><br>Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 328. Sitzung (Zusatzpauschale Kapselendoskopie)  |
| 4.5   | 19.05.2014 | Beendigung Ausweis Abschnitt 87.8 und Einzelausweis # 86770 bis 86784 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“);<br>Aufnahme Ausweis Abschnitt 30.12 und Einzelausweis # 30940 bis 30956 in KA 400<br><br>Streichung Ausweis Kapitel 40 und Einzelausweis # 40860* und 40862* in KA 406<br><br>Streichung Vorgang 82* im Konto 9959  | Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung (Überführung MRSA in EBM)<br><br>Ablauf der Abrechnungsfähigkeit für beendete Gebührenordnungspositionen<br><br>Ablauf der Nachweismöglichkeit für beendete Vorgänge   |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung  |
|-------|------------|---|---|
| 4.4   | 02.04.2014 | Aufnahme Vorgänge 13 und 975;<br>Anpassung Vorgänge 7, 8, 970 und 971; Anpassung Nr. 16 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Nr. 1 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Nr. 13 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Nr. 14 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Nr. 15 der Vorbemerkung<br><br>Streichung Vorgang 981; Anpassung Vorgang 982  | Darstellung und Regelung der Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3, zweiter Halbsatz SGB V<br><br>Zusammenführung der Bundesmantelverträge<br><br>Redaktionelle Anpassung<br><br>Umstellung des Dateiformats<br><br>Redaktionelle Anpassung<br><br>Anpassung an Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung (Teil A)   |
| 4.3   | 03.12.2013 | Aufnahme Vorgänge 7 bis 9 in Kapitel 4;<br>Aufnahme Nr. 16 der Vorbemerkung   | Vereinheitlichung und Klarstellung von Regelung zum Nachweis von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V  |
| 4.21  | 30.09.2013 | Aufnahme Vorgang 972 in Kapitel 5.1.2   | Darstellung der Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V   |
| 4.2   | 15.03.2013 | Anpassung Nr. 7 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Nr. 15 der Vorbemerkung<br><br>Anpassung Bezeichnung der Kontenarten 543 und 544<br><br>Aufnahme Ausweis Abschnitt 30.11 und Einzelausweis # 30930 bis 30935 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 32821 und 32822 in KA 400<br><br>Anpassung Bezeichnung zu Abschnitt 35.2 in KA 400<br><br>Streichung Ausweis Abschnitt 40.17 und Einzelausweis # 40865 bis 40868, 88740 und 88741 in KA 400<br><br>Beendigung Vorgänge 20, 21 und 24 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)<br><br>Streichung Vorgang 32 in KA 400<br>Aufnahme Vorgang 32 in KA 999 | Anpassung an Bereinigungsverfahren<br><br>Regelung zur Vergütung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V; Ablauf des Anwendungszeitraums der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses<br><br>Änderung GKV-Kontenrahmen<br><br>Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 291. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)<br><br>Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 293. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)<br><br>Abgrenzung zum Ausweis in Abschnitt 35.2 (EGV) in KA 996<br><br>Ablauf der Abrechnungsfähigkeit für beendete Gebührenordnungspositionen<br><br>Wegfall der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V aufgrund gesetzlicher Änderung<br><br>Änderung GKV-Kontenrahmen |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung  |
|-------|------------|---|---|
|       |            | Aufnahme KA 996; Ausweis Abschnitt 35.1 und 35.2; Einzelausweis # 35150P, 35150Q und alle GOP aus Abschnitt 35.2; Anpassung Flussdiagramm | Beschluss des Bewertungsausschusses zur Ausgliederung psychotherapeutischer Leistungen in seiner 288. Sitzung (Teil A); Änderung GKV-Kontenrahmen |
|       |            | Aufnahme KA 999   | Änderung GKV-Kontenrahmen   |
|       |            | Streichung Vorgang 81 in Kapitel 4; Aufnahme Vorgang 81 in Kapitel 5.1.2  | Kontenspezifischer Ausweis nicht durchgängig umsetzbar  |
|       |            | Beendigung Vorgang 82 in Kapitel 5.1.2 (Kennzeichnung mit „*“)  | Obsolet nach gesetzlichen Änderungen zu § 87a SGB V   |
|       |            | Streichung Vorgänge 990-998 in Kapitel 4;   | Kontenspezifischer Ausweis nicht durchgängig umsetzbar;   |
|       |            | Aufnahme Vorgänge 990-998 in Kapitel 5.1.2 und Anpassung Bezeichnung  | Anpassung an Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung (Teil A)  |
|       |            | Aufnahme Vorgänge 970 bis 974 in Kapitel 5.1.2  | Evaluierung gemäß § 221b Abs. 2 SGB V; Erlass des BMG zur Änderung KV45, KJ1, KG3   |
|       |            | Aufnahme Vorgänge 980 bis 982 in Kapitel 5.1.2  | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung (Teil A)   |
| 4.1   | 06.06.2012 | Aufnahme Einzelausweis # 86770 bis 86784 in KA 400  | Durchführungsempfehlung MRSA  |
| 4.0   | 06.03.2012 | Zuordnung der Vorgänge 20, 21 und 24 zur Kontenart 400 (vormals Kontenart 995)  | Anforderung GKV-Spitzenverband  |
|       |            | Streichung # 01842*, 01843*, 01917*, 01918* in KA 530 und 531 sowie # 01817* u. 01818* in KA 550  | Ablauf der Abrechnungsfähigkeit für beendete Gebührenordnungspositionen   |
|       |            | Aufnahme Einzelausweis # 11330X bis 11443X in KA 400  | Durchführungsempfehlung zur künstlichen Befruchtung   |
| 3.9   | 12.09.2011 | Beendigung # 88738 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)  | Beendigung der Durchführungsempfehlung zur Überbrückung des Versorgungsengpasses mit Radiopharmaka für nuklearmedizinische Untersuchungen         |
| 3.8   | 14.04.2011 | Aufnahme Einzelausweis # 01425 und 01426 in KA 406; Anpassung Flussdiagramm   | Durchführungsempfehlung SAPV  |
|       |            | Beendigung # 40860 und 40862 in KA 406 (Kennzeichnung mit „*“);   | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung;   |
|       |            | Beendigung # 40865 bis 40868 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)  | Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge sowie der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen   |

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung   |
|-------|------------|---|--|
| 3.7   | 21.02.2011 | <p>Änderung Punkt 15 der Vorbemerkung</p> <p>Streichung Übergangsregelung für Kontenarten 408 und 992 in Kapitel 2.1</p> <p>Anpassung Kapitel 2.2; Aufnahme Kontenart 409; Streichung Kontenart 992; Anpassung Flussdiagramm</p> <p>Streichung Einzelausweis # 10343* und 10344* in KA 400</p> <p>Aufnahme Einzelausweis # 11330 bis 11500 in KA 400</p>  | <p>Anpassung an Beschlusslage für 2011 und 2012</p> <p>Ablauf des Übergangszeitraums</p> <p>Anpassung GKV-Kontenrahmen (Leistungen nach § 73b bzw. 73c SGBV)</p> <p>Ablauf des Übergangszeitraums</p> <p>Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 235. Sitzung</p>  |
| 3.6   | 19.10.2010 | <p>Aufnahme Einzelausweis # 10350 in KA 400</p> <p>Aufnahme Einzelausweis # 01833 in KA 530</p> <p>Beendigung # 88470, 88471 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)</p> <p>Anpassung Punkt 13 Vorbemerkung</p>   | <p>Durchführungsempfehlung zur Balneophototherapie</p> <p>Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung</p> <p>Vorzeitige Beendigung</p> <p>Durchführungsempfehlung Schweineinfluenza</p> <p>Redaktionelle Anpassung</p>  |
| 3.5   | 15.09.2010 | <p>Aufnahme Einzelausweis # 01955, 01956 in KA 400;</p> <p>Aufnahme Einzelausweis # 01704 bis 01706 in KA 520</p> <p>Anpassung Punkt 6 und 11 der Vorbemerkung</p>  | <p>Durchführungsempfehlung zur zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger</p> <p>Durchführungsempfehlung zum Neugeborenen-Hörscreening</p> <p>Aufnahme des Nachweises für die von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen</p>         |
| 3.4   | 12.05.2010 | <p>Aufnahme Einzelausweis # 32614, 32618 in KA 400;</p> <p>Streichung Einzelausweis # 08520 und 08521 in KA 400</p> <p>Ergänzung („X“) der Leistungen im Kapitel 8 des EBM</p> <p>Streichung Einzelausweis # 30700, 30701, 32577, 32783, 32850, 32851, 32852, 32855, 32856, 32857 in KA 400 sowie Kapitelausweis 86 in KA 400</p> <p>Streichung Vorgang 12 (kontenartenübergreifend)</p> <p>Streichung Anlage 15 BMV-Ä</p> <p>Anpassung Übersicht Kontenarten</p> | <p>Durchführungsempfehlung zur künstlichen Befruchtung</p> <p>Wegfall der Grundlage für Einzelausweis bzw. Ablauf der Abrechnungsfähigkeit</p> <p>Gültigkeit auf Quartale des Jahres 2009 eingeschränkt</p> <p>Kündigung Anerkennungsvereinbarung BKK zum 31.12.2009</p> <p>Aufnahme KA 408 („Leistungen nach §§ 73b</p> |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung  |
|-------|------------|---|---|
|       |            | und Konten, Nachweis der Leistungen etc. und Flussdiagramm für Kontenarten 408 und 992; Anpassung Vorbemerkung zu den verwendeten Konten (2.1)<br><br>Anpassung Nr. 15 der Vorbemerkung   | und 73c SGB V“) in den GKV-Kontenrahmen ab 01.01.2010; Differenzierung der Vertragsgrundlagen durch Aufnahme einer zusätzlichen Kontenart 992<br><br>Präzisierung des Ausweises im Formblatt 3 für bereichfremde Ärzte  |
| 3.3   | 20.11.2009 | Aufnahme Einzelausweis # 32880, 32881, 32882 in KA 523; Anpassung Flussdiagramm<br><br>Änderung Text Vorgang 25 („Zuzahlung gemäß §§ 32 und 33 SGB V“)  | Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 191. Sitzung (Teil B)<br><br>Redaktionelle Anpassung  |
| 3.2   | 14.08.2009 | Aufnahme Einzelausweis # 30920, 30922, 30924 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 40865, 40866, 40867, 40868 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 86510, 86512, 86514, 86516, 86518 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 88740, 88741 in KA 400  | Durchführungsempfehlung über die Versorgung von HIV-Infizierten<br><br>Durchführungsempfehlung über die Verordnung besonderer Arzneimitteltherapien<br><br>Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)<br><br>Durchführungsempfehlung Schweineinfluenza                                |
| 3.1   | 06.05.2009 | Anpassung Kapitel 2.1 und 2.2; Neuaufnahme Kontenart 404; Beendigung Kapitel 84 in KA 400; Aufnahme Kapitel 84 in KA 404<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 01746, 01746M in KA 523; Beendigung Einzelausweis # 01746 in KA 521; Beendigung Einzelausweis # 01746M in KA 522; Anpassung Flussdiagramm<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 40860, 40862 in KA 406; Anpassung Flussdiagramm<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 40870, 40872 in KA 400<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 13622 in KA 400 | Anpassung an GKV-Kontenrahmen (Leistungsausgaben DMP)<br><br>Buchung Hautkrebs-Screening (# 01746) auf KA 523 (Anpassung Durchführungsempfehlung)<br><br>Durchführungsempfehlung SAPV<br><br>Durchführungsempfehlung für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen<br><br>Durchführungsempfehlung LPA-Apherese |



## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung  |
|-------|------------|---|---|
| 3.0   | 30.01.2009 | Überarbeitung der Kapitel 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8,<br>Anpassung der GOP auf Ebene 6<br>Aufnahme Vorgänge 990 – 998:<br>Bereinigungsbeträge Selektivverträge<br>Aufnahme Vorgänge 81, 83   | Anpassung an den EBM 2008<br>Anpassung an die GOP außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung<br>Ergebnis 168. Sitzung des Bewertungsausschusses<br>Anpassung Vorbemerkung   |
| 2.2   | 15.07.2008 | Aufnahme Einzelausweis # 01745 und 01746, in KA 521;<br>Aufnahme Einzelausweis # 01745M und 01746M in KA 522;<br>Aufnahme Einzelausweis # 10343 und 10344 in KA 400;<br>Anpassung Flussdiagramm<br>Aufnahme Einzelausweis # 01723 in KA 520   | Durchführungsempfehlung zum Hautkrebsscreening<br>Durchführungsempfehlung zur Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7a  |
| 2.1   | 10.04.2008 | Aufnahme Einzelausweis # 01816, 01817, 01818 in KA 550<br>Aufnahme Einzelausweis # 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918 in KA 530 und 531<br>Aufnahme # 01735 in das Flussdiagramm und Ersetzung „GNR“ durch „GOP“ im Flussdiagramm   | Bundesempfehlung zum Chlamydien-Screening (vorbehaltlich Abschluss Unterschriftenverfahren)<br>Redaktionelle Anpassung  |
| 2.0   | 18.01.2008 | Begriffliche Ersetzungen von „Leistungen“ durch „Gebührenordnungspositionen“ entsprechend EBM-Nomenklatur<br>Änderung von Kapitel-, Abschnitts- und Unterabschnittstexten<br>Streichung der Kassenart See-Krankenkasse<br>Beendigung des Kapitels 86 in KA 400<br>Beendigung Einzelausweis # 30700 und 30701 in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)<br>Aufnahme Einzelausweis # 30702 und 30704 in KA 400<br>Aufnahme Einzelausweis # 25210, 25211, 25213, 25214, 25310, 25320, 25321, 25322, 25323, 25330, 25331, 25332, 25333, 25340, 25341, 25342, 40841 in KA 400<br>Streichung Vorgang 10 | Anpassung an die Neufassung des EBM 2008<br>Anpassung an die Neufassung des EBM 2008<br>Fusion zwischen See-Krankenkasse und Knappschaft<br>Anpassung an die Neufassung des EBM 2008<br>Bundesempfehlung Schmerztherapie<br>Bundesempfehlung Strahlentherapie<br>Ablauf der Übergangsregelung |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung   | Begründung  |
|-------|------------|--|---|
|       |            | Aufnahme Vorgang 11<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 01735  | Übergang EBM 2000plus zu EBM 2008<br><br>Bundesempfehlung zur Beratung zu Früherkennungsuntersuchungen  |
| 1.9   | 05.12.2007 | Aufnahme Einzelausweis # 31600X in KA 401<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 31362, 31734, 31735, 40680 in KA 401<br><br>Aufnahme diverser Einzelausweise<br><br>Aufnahme der Kontenart 406   | Änderung Bundesempfehlung künstliche Befruchtung<br><br>Bundesempfehlung Phototherapeutische Keratektomien<br><br>Durchgängiger Ausweis auf Ebene 6 bei Bundesempfehlungen<br><br>Aufnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V) in den GKV-Kontenrahmen |
| 1.8   | 28.11.2007 | Beendigung # 32577X in KA 400 (Kennzeichnung mit „**“)<br><br>Anpassung der Definition der Kontenart 518; Aufnahme der Kontenart 993; Anpassung Flussdiagramm<br><br>Aufnahme der Kontenart 531; Streichung Absatz 1 in Kapitel 2.1 (Vorbemerkung); Anpassung Flussdiagramm<br><br>Aufnahme Abschnitt 8 im Kapitel 40<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 40454, 40455 in der KA 400 sowie # 01759, 40854, 40855 in der KA 521<br><br>Änderung Definition der Vorgänge 34 bis 37 | EBM-Anpassung<br><br>Aufnahme von Schutzimpfungen in den Pflichtleistungskatalog (§ 20d SGB V)<br><br>Anforderung des GKV-Kontenrahmens<br><br>EBM-Anpassung<br><br>Bundesempfehlung Vakuumstanzbiopsien<br><br>Anpassung an § 126 SGB V  |
| 1.7   | 14.09.2007 | Anpassung des Punktes 12 der Vorbemerkung<br><br>Aufnahme der Kapitel 1 bis 30 und 32 bis 86 in die Kontenart 463; Kennzeichnung des Kapitels 31 (sowie des Abschnitts 2) in mit „**“ in der Kontenart 463;<br><br>Streichung des Ausweises für „Belegärztlich erbrachte Leistungen außerhalb des Kapitels 31“ in der Kontenart 463;<br><br>Ergänzung von 2.1 um einen sechsten Absatz (zu Nachtragsfällen Kap. 31)  | Möglichkeit des Ausweises für Leistungen aus Nachtragsfällen<br><br>Einführung des Kapitels 36 in den EBM   |
| 1.6   | 16.07.2007 | Änderung Bezeichnung (Knappschaft)<br><br>Aufnahme Einzelausweis # 30790 und 30791 in KA 400   | Namensänderung<br><br>Bundesempfehlung Akupunkturleistungen   |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Vers. | Datum      | Änderung   | Begründung   |
|-------|------------|--|--|
| 1.5   | 06.03.2007 | Wiederaufnahme Einzelausweis # 05350X in KA 400 (Streichung der Kennzeichnung „*“)   | Bundesempfehlung künstliche Befruchtung  |
| 1.4   | 06.03.2007 | Ergänzung Vorbemerkung Ziffer 11 um dritten Anstrich<br>Änderung Bezeichnung KA 995<br><br>Neuaufnahme Einzelausweis # 11320X, 11321X, 11322X in KA 400, Beendigung # 32851X bis 32857X in KA 400 (Kennzeichnung mit „*“)                          | Redaktionelle Anpassung zu Ziffer 7 der Vorbemerkung<br><br>Vorschlag BKK-Bundesverband<br><br>Bundesempfehlung künstliche Befruchtung |
| 1.3   | 23.10.2006 | Umbenennung Konto 9959<br><br>Streichung der Vorgänge 22 und 23<br><br>Aufnahme Kapitel 86 für Ordinationskomplexe in Gemeinschaftspraxen in KA 400<br>Aufnahme Vorgänge für Abrechnung von Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 5 SGB V in KA 402 | Vereinbarung eines separaten Verfahrens zu den Mahnkosten der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V   |
| 1.2   | 19.07.2006 | Redaktionelle Änderungen:<br>- Verweis auf § 264 Abs. 2 SGB V<br>- Kontenbezeichnungen KA 995 in Pkt. 2.2<br>- Ausweis Vorgang 50-79 nach Abschnitt 4 statt 5.1.2<br>- Aufnahme Kapitelnummerierung für Nicht-EBM-Leistungen                       | Bundeseinheitliche Strukturierung Ausweis DMP, Anerkennungsvereinbarung u. a.  |

| Vers. | Datum      | Änderung  | Begründung   |
|-------|------------|---|--|
| 1.1   | 19.10.2005 | <p>Streichung KA 524, Anpassung Flussdiagramm</p> <p>Redaktionelle Änderung in Abschnitt 3.24, statt „583“ jetzt „994“</p> <p>Nachträgliche Aufnahme Ausweis „Anerkennungsvereinbarungen“ in Abschnitt 4, dabei KV-Bezug und GNR-Ausweis bei Anl. 15,17 BMV-Ä</p> <p>Fallzählung auch in Kontenart 550, Ergänzung in Pkt. 7.2</p> <p>Anpassung Nachweis Zuzahlungen an Neufassung (§18 BMV-Ä bzw. § 21 EKV)</p> <p>Ergänzung Vorbemerkung Pkt. 2 um Satz 2</p> <p>Beendete GNR mit “*” versehen, diese GNR können nur noch für Nachtragsfälle durch die KVen abgerechnet werden (hier: ICSI, TSH-Screening)</p> <p>Neuaufnahme Pkt 12 in „1 Vorbemerkung“</p> <p>Nachträgliche Aufnahme Ausweis „Vorquartalsberichtigungen“ in Abschnitt 4</p> <p>Redaktionelle Anpassung KA 530 und 550</p> <p>Neuaufnahme Einzelausweis # 01422 und 01424 in KA 400</p> <p>Neuaufnahme Einzelausweis # 01707 und 01708 in KA 520,</p> <p>Neuaufnahme Einzelausweis # 11311X, und 11312X in KA 400, 31503X, 31608X, 31609X und 31822X in KA 401, 33043X und 33090X in KA 400</p> <p>Aufnahme „Taxikosten im org. Notfalldienst“ in Abschnitt 4</p> <p>Zusätzlicher Ausweis Ambulanzen nach § 6 PsychTG in KA 400</p> | <p>Obsolet für vertragsärztliche Versorgung</p> <p>Übernahme Regelung altes Formblatt (gültig bis 1/05) wg. Anlage 15 BMV-Ä</p> <p>Umsetzung Protokollnotiz zur Inhaltsbeschreibung 2/2005</p> <p>Kennzeichnung beendeter GNR</p> <p>Kennzeichnung beendeter GNR</p> <p>Übernahme Regelung altes Formblatt (gültig bis 1/05)</p> <p>Bundesempfehlung zur Finanzierung zur psychiatr. häusl. Krankenpflege</p> <p>Bundesempfehlung zur Einführung des erw. Neugeborenen-Screenings</p> <p>Bundesempfehlung künstliche Befruchtung</p> <p>Übernahme Regelung altes Formblatt (gültig bis 1/05)</p> <p>Übernahme Regelung altes Formblatt (gültig bis 1/05)</p> |

**INHALTSVERZEICHNIS**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b><u>VORBEMERKUNG</u></b>  | <b>15</b> |
| <b>2</b> | <b><u>KONTENRAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG –<br/>VERWENDETE KONTEN</u></b>             | <b>18</b> |
| 2.1      | Vorbemerkung .....  | 18        |
| 2.2      | Übersicht der Kontenarten und Konten .....  | 19        |
| <b>3</b> | <b><u>NACHWEIS VON LEISTUNGEN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN<br/>VERSORGUNG</u></b>                      | <b>23</b> |
| 3.1      | Kontenart 395 – Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel .....                                    | 23        |
| 3.2      | Kontenart 396 – Erstattungen für Heilmittel .....   | 24        |
| 3.3      | Kontenart 399 – Regresse wegen unzulässig veranlasster Leistungen .....                             | 25        |
| 3.4      | Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung .....  | 26        |
| 3.5      | Kontenart 401 – Ambulantes Operieren.....   | 46        |
| 3.6      | Kontenart 402 – Dialyse-Sachkosten .....  | 48        |
| 3.7      | Kontenart 404 – Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter<br>Behandlungsprogramme .....  | 49        |
| 3.8      | Kontenart 405 – Psychotherapie nach § 37a SGB V .....   | 50        |
| 3.9      | Kontenart 406 – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....                                   | 51        |
| 3.10     | Kontenart 408 – Leistungen nach § 73b SGB V .....   | 52        |
| 3.11     | Kontenart 409 – Leistungen nach § 73c SGB V .....   | 53        |
| 3.12     | Kontenart 436 – Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen (nur vertragsärztliche<br>Versorgung) ..... | 54        |
| 3.13     | Kontenart 463 – Belegärztliche Behandlung .....   | 55        |
| 3.14     | Kontenart 518 – Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V - Satzungsleistungen .....                  | 56        |
| 3.15     | Kontenart 520 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern .....                       | 57        |
| 3.16     | Kontenart 521 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen .....                  | 58        |
| 3.17     | Kontenart 522 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern ..                    | 59        |
| 3.18     | Kontenart 523 – Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten .....                           | 60        |

Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 3.19     | Kontenart 525 – Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V .....  | 61        |
| 3.20     | Kontenart 530 – Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch<br>(Ärztliche Beratung und Behandlung)..... | 62        |
| 3.21     | Kontenart 531 – Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch<br>(Krankenhausbehandlung).....             | 63        |
| 3.22     | Kontenart 543 – Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB .....   | 64        |
| 3.23     | Kontenart 544 – Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V .                                       | 65        |
| 3.24     | Kontenart 550 – Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Ärztliche Betreuung)                                      | 66        |
| 3.25     | Kontenart 570 – Integrierte Versorgung – Ambulante ärztliche Versorgung.....   | 67        |
| 3.26     | Kontenart 572 – Integrierte Versorgung – Sachleistungen bei Dialyse.....   | 68        |
| 3.27     | Kontenart 573 – Integrierte Versorgung – Arznei- und Verbandmittel .....   | 69        |
| 3.28     | Kontenart 993 – Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V - Pflichtleistungen .....  | 70        |
| 3.29     | Kontenart 994 – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP.....  | 71        |
| 3.30     | Kontenart 996 – Psychotherapeutische Leistungen (extrabudgetär).....   | 72        |
| 3.31     | Kontenart 997 – Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen .....  | 73        |
| 3.32     | Kontenart 999 – Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V .....   | 74        |
| <b>4</b> | <b><u>BESONDERE FORMEN DES LEISTUNGS- UND VERGÜTUNGS AUSWEISES</u></b>   | <b>75</b> |
| <b>5</b> | <b><u>WEITERE BUCHHALTERISCHE UND STATISTISCHE ANGABEN</u></b>   | <b>78</b> |
| 5.1      | Kontenart 995 – Sonstige Vorgänge/Beträge .....  | 78        |
| 5.1.1    | Konten 9950, 9951, 9952 .....  | 78        |
| 5.1.2    | Konto 9959 – Unspezifische Vorgänge/Beträge .....  | 79        |
| <b>6</b> | <b><u>HIERARCHIE DES KONTENRAHMENS</u></b>   | <b>82</b> |
| 6.1      | Flussdiagramm zur Zuordnung von Leistungen zu den Konten.....  | 83        |
| <b>7</b> | <b><u>FALLZÄHLUNG, LEISTUNGSHÄUFIGKEITEN</u></b>   | <b>88</b> |
| 7.1      | Fallzählung.....   | 88        |
| 7.2      | Leistungshäufigkeiten .....  | 88        |
| <b>8</b> | <b><u>ERMITTLUNG VON VERHÄLTNISSZAHLEN</u></b>   | <b>89</b> |

## 1 Vorbemerkung

1. Das Formblatt 3 legt gemäß § 54 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages - Ärzte die Kriterien für die Entrichtung der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen fest.
2. Die Gliederung des Formblatt 3 ist bundeseinheitlich verbindlich festgelegt. Davon unberührt bleibt die regionale Zuständigkeit der Gesamtvertragspartner, d. h. eine Abrechnung im Formblatt 3 ist nur dann möglich, wenn eine Regelung der Gesamtvertragspartner vorliegt. In diesem Zusammenhang ist aus der Aufführung einzelner Gebührenordnungspositionen in dieser Inhaltsbeschreibung keine Vorgabe abzuleiten, dass diese Gebührenordnungspositionen ohne separate Vereinbarung der Gesamtvertragspartner außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten wären.
3. Die Kriterien der Darstellung des anerkannten Leistungsbedarfs und der Gesamtvergütung entsprechen dem Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Nachweis wird um Angaben zu Häufigkeiten bzw. Fallzahlen ergänzt.
4. Für buchhalterische und statistische Angaben werden „Sonderkonten“ (Abschnitt 5.1) außerhalb des Kontenrahmens ggf. unter Verwendung der Systematik des Kontenrahmens zu den Versichertengruppen vereinbart.
5. Die weitergehende Gliederung orientiert sich grundsätzlich an den Kapitelebenen des EBM. Sofern Vereinbarungen der Bundesmantel- bzw. Gesamtvertragspartner dies vorsehen, kann das Formblatt 3 bis auf die Ebene der Gebührenordnungsposition gegliedert werden. Dieser weitergehende Nachweis erfolgt als davon-Ausweis der Angaben der Kapitel-, Abschnitts-, Unterabschnittsebene. Die Differenz zwischen den Angaben der Kapitel-, Abschnitts-, Unterabschnittsebene und der Summe der nachrangigen davon-Ausweise wird als „Rest-Summe“ ausgewiesen.
6. Es werden angegeben:
  1. Leistungsbedarf lt. EBM in Punkten bzw. Euro unter Beachtung von 8., je Konto und Gliederungsebene
  2. Leistungsbedarf lt. regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro unter Beachtung von 8., je Konto und Gliederungsebene
  3. Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Cent
  4. Der rechnerische Anteil der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Vorgang 81 je Konto
  5. Zahlungsrelevante Gesamtvergütung in Euro, je Konto und Gliederungsebene

Der Ausweis erfolgt getrennt für die Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für die von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen.
7. Bei der Ermittlung der zahlungsrelevanten Gesamtvergütung sind die ermittelten MGVDifferenzbereinigungsbeträge gemäß Vorgang 995 bis 998 von der vereinbarten vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Vorgang 81) abzusetzen.
8. Der Leistungsbedarf wird nach Durchführung der Regelungen des EBM und der Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V, der sachlich rechnerischen Berichtigungen nach § 106a SGB V sowie der Regelungen zum Job-

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

Sharing gemäß der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bedarfsplanung nachgewiesen. Anstelle der Minderung des Leistungsbedarfs im aktuellen Quartal kann die Kürzung auch in einem Folgequartal nachgewiesen werden.

9. Die Darstellung erfolgt für das aktuelle Abrechnungsquartal. Gebührenordnungspositionen aus Vorquartalen (Nachtragsfälle) gehen ohne Quartalsabgrenzung in die Darstellung ein.
10. Auf der Kontenebene werden nur die Anteile bzw. Angaben zu den EBM-Kapiteln bzw. nachgeordneten Gliederungsebenen ausgewiesen, die dem jeweiligen Konto zuzuordnen sind. Angaben zum EBM-Kapitel 31 werden z. B. anteilig je nach Kontenzuordnung in den Konten der Kontenarten 400 und 401 ausgewiesen.
11. Regionale Sonderverträge sind im Formblatt 3 zu berücksichtigen. Der Ausweis erfolgt möglichst bis zu Ebene 4. Eine weitergehende Gliederung kann von den Gesamtvertragspartnern vorgesehen werden. Für die von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen erfolgt der Ausweis bis zur Ebene 6.
12. Vorquartalsberichtigungen werden je Konto (Konten nach Abschnitt 2) ausgewiesen. Eine Quartalsabgrenzung erfolgt nicht. Der Leistungsbedarf ist bereits nach den Vergütungsregelungen des betreffenden Quartals bewertet. Angaben zu Regressen werden nach Abschnitt 3 dieser Inhaltsbeschreibung ausgewiesen.

Zu den Vorquartalsberichtigungen zählen folgende Sachverhalte:

1. Rechnerische Berichtigung
  2. Durchgeführte bzw. zurückgenommene Prüfungsmaßnahme nach § 106 SGB V
  3. Durchgeführte bzw. zurückgenommene Prüfungsmaßnahme nach § 106a SGB V
  4. Korrektur eines Irrläufers
13. Die mit „\*“ gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen oder Vorgänge betreffen beendete Kontenarten, Kapitel, Abschnitte, Unterabschnitte oder Gebührenordnungspositionen, die nicht mehr von Vertragsärzten abgerechnet werden können. Die Abrechnung von Nachtragsfällen im Sinne von 9. ist möglich.
  14. Die Formblatt 3-Viewer (Visualisierung der zu liefernden Formblatt 3-Daten im PDF-Format) sind auf Basis der zu übermittelnden XML-Dateien zu erstellen.
  15. Das Formblatt 3 für bereichsfremde Ärzte nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 und § 2 Abs. 1 Nr. 2 der Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag ist differenziert nach den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigung, in denen die Leistungen abgerechnet wurden, sowie in der Summe dieser, auszuweisen. Dabei sind gemäß § 87a Abs. 3a SGB V die Preise der am Ort der Leistungserbringung geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung auszuweisen. Für diese Leistungen haben die Krankenkassen ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus den höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen, es sei denn, es handelt sich um Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind und für die am Ort der Leistungserbringung regional vereinbarte Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V gelten; in diesem Fall sind auch diese Zuschläge von den Krankenkassen zu vergüten.
  16. Die gemäß den Vorgängen 970 bis 972 und 975 nachzuweisenden Stützungsbeträge entsprechen der Summe der kontenspezifisch für den jeweils zutreffenden Sachverhalt auf der Ebene von Gebührenordnungspositionen und/oder als Vorgänge dargestellten Vergütungen.



Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

17. Die Aufteilung des für das Kalenderjahr ermittelten Behandlungsbedarfs auf die Quartale wird durch die Partner der Gesamtverträge festgelegt.

## 2 Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – verwendete Konten

### 2.1 Vorbemerkung

Leistungen für **in § 264 Abs. 2 S. 1 SGB V** genannte **Empfänger von Leistungen** (eGK-Kennzeichnung mit Besondere Personengruppe „4“) werden leistungs- und sachverhaltsspezifisch in den Kontenarten 395 bis 999 erfasst. Der Ausweis in der Kontenart 820 ist nicht vorgesehen.

Gebührenordnungspositionen aus **Disease-Management-Programmen** (DMP) werden bis auf die damit verbundenen Patienten-Schulungsleistungen innerhalb der Kontenart 404 nachgewiesen. Patienten-Schulungen innerhalb von DMP werden in der Kontenart 994 erfasst.

Der Nachweis von Leistungen in **Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V** erfolgt in der Kontenart 525. Die Form des Nachweises wird auf regionaler Ebene festgelegt und ist daher nicht Bestandteil dieser Inhaltsbeschreibung. Die Leistungsausgaben der **Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V** sind auf den zutreffenden Leistungsausgabenkonten zu buchen.

Gebührenordnungspositionen der **besonderen Versorgung** werden innerhalb der Kontenarten 570 bis 573 nachgewiesen. Die Form des Nachweises wird auf regionaler Ebene festgelegt und ist daher nicht Bestandteil dieser Inhaltsbeschreibung.

## 2.2 Übersicht der Kontenarten und Konten

| Ebene 1   |         |  |
|-----------|---------|--|
|           | Ebene 2 |  |
| Kontenart | Konto   | Bezeichnung  |
| 395       |         | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel                                   |
|           | 3950    | Mitglieder   |
|           | 3951    | Familienangehörige   |
|           | 3952    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 396       |         | Erstattungen für Heilmittel  |
|           | 3960    | Mitglieder   |
|           | 3961    | Familienangehörige   |
|           | 3962    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 399       |         | Übrige Einnahmen   |
|           | 3990    | Mitglieder   |
|           | 3991    | Familienangehörige   |
|           | 3992    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 400       |         | Ärztliche Behandlung   |
|           | 4000    | Mitglieder   |
|           | 4001    | Familienangehörige   |
|           | 4002    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 401       |         | Ambulantes Operieren   |
|           | 4010    | Mitglieder   |
|           | 4011    | Familienangehörige   |
|           | 4012    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 402       |         | Dialyse-Sachkosten   |
|           | 4020    | Mitglieder   |
|           | 4021    | Familienangehörige   |
|           | 4022    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 404       |         | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter<br>Behandlungsprogramme |
|           | 4040    | Mitglieder   |
|           | 4041    | Familienangehörige   |
|           | 4042    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 405       |         | Soziotherapie nach § 37a SGB V   |
|           | 4050    | Mitglieder   |
|           | 4051    | Familienangehörige   |
|           | 4052    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 406       |         | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung                                 |
|           | 4060    | Mitglieder   |
|           | 4061    | Familienangehörige   |
|           | 4062    | Rentner und deren Familienangehörige   |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Ebene 1   |         |   |
|-----------|---------|---|
|           | Ebene 2 |   |
| Kontenart | Konto   | Bezeichnung   |
| 408       |         | Leistungen nach § 73b SGB V   |
|           | 4080    | Mitglieder  |
|           | 4081    | Familienangehörige  |
|           | 4082    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 409       |         | Leistungen nach § 73c SGB V   |
|           | 4090    | Mitglieder  |
|           | 4091    | Familienangehörige  |
|           | 4092    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 436       |         | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen<br>(nur vertragsärztliche Versorgung) |
|           | 4360    | Mitglieder  |
|           | 4361    | Familienangehörige  |
|           | 4362    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 463       |         | Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung                         |
|           | 4630    | Mitglieder  |
|           | 4631    | Familienangehörige  |
|           | 4632    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 518       |         | Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V - Satzungsleistungen                  |
|           | 5180    | Mitglieder  |
|           | 5181    | Familienangehörige  |
|           | 5182    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 520       |         | Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern                       |
|           | 5200    | Mitglieder  |
|           | 5201    | Familienangehörige  |
|           | 5202    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 521       |         | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen                  |
|           | 5210    | Mitglieder  |
|           | 5211    | Familienangehörige  |
|           | 5212    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 522       |         | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim<br>Männern             |
|           | 5220    | Mitglieder  |
|           | 5221    | Familienangehörige  |
|           | 5222    | Rentner und deren Familienangehörige  |
| 523       |         | Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten (GU)                      |
|           | 5230    | Mitglieder  |
|           | 5231    | Familienangehörige  |
|           | 5232    | Rentner und deren Familienangehörige  |

## Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte

| Ebene 1   |         |  |
|-----------|---------|--|
|           | Ebene 2 |  |
| Kontenart | Konto   | Bezeichnung  |
| 525       |         | Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V  |
|           | 5250    | Mitglieder   |
|           | 5251    | Familienangehörige   |
|           | 5252    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 530       |         | Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch (Ärztliche Beratung und Behandlung) |
|           | 5300    | Mitglieder   |
|           | 5301    | Familienangehörige   |
|           | 5302    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 531       |         | Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch (Krankenhausbehandlung)             |
|           | 5310    | Mitglieder   |
|           | 5311    | Familienangehörige   |
|           | 5312    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 543       |         | Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V                                     |
|           | 5430    | Mitglieder   |
|           | 5431    | Familienangehörige   |
|           | 5432    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 544       |         | Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V                             |
|           | 5440    | Mitglieder   |
|           | 5441    | Familienangehörige   |
|           | 5442    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 550       |         | Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Ärztliche Betreuung)                          |
|           | 5500    | Mitglieder   |
|           | 5501    | Familienangehörige   |
|           | 5502    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 570       |         | Integrierte Versorgung – Ambulante ärztliche Behandlung  |
|           | 5700    | Mitglieder   |
|           | 5701    | Familienangehörige   |
|           | 5702    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 572       |         | Integrierte Versorgung – Sachleistungen bei Dialyse  |
|           | 5720    | Mitglieder   |
|           | 5721    | Familienangehörige   |
|           | 5722    | Rentner und deren Familienangehörige   |
| 573       |         | Integrierte Versorgung – Arznei- und Verbandmittel   |
|           | 5730    | Mitglieder   |
|           | 5731    | Familienangehörige   |
|           | 5732    | Rentner und deren Familienangehörige   |

| Ebene 1   |         |   |
|-----------|---------|---|
|           | Ebene 2 |   |
| Kontenart | Konto   | Bezeichnung   |
| 993       |         | Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V - Pflichtleistungen |
|           | 9930    | Mitglieder  |
|           | 9931    | Familienangehörige  |
|           | 9932    | Rentner und deren Familienangehörige                        |
| 994       |         | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP              |
|           | 9940    | Mitglieder  |
|           | 9941    | Familienangehörige  |
|           | 9942    | Rentner und deren Familienangehörige                        |
| 995       |         | Sonstige Vorgänge und Beträge                               |
|           | 9950    | Mitglieder  |
|           | 9951    | Familienangehörige  |
|           | 9952    | Rentner und deren Familienangehörige                        |
|           | 9959    | Unspezifische Beträge                                       |
| 996       |         | Psychotherapeutische Leistungen (extrabudgetär)             |
|           | 9960    | Mitglieder  |
|           | 9961    | Familienangehörige  |
|           | 9962    | Rentner und deren Familienangehörige                        |
| 997       |         | Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen             |
|           | 9970    | Mitglieder  |
|           | 9971    | Familienangehörige  |
|           | 9972    | Rentner und deren Familienangehörige                        |
| 999       |         | Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V                        |
|           | 9990    | Mitglieder  |
|           | 9991    | Familienangehörige  |
|           | 9992    | Rentner und deren Familienangehörige                        |

### 3 Nachweis von Leistungen der ambulanten ärztlichen Versorgung

#### 3.1 Kontenart 395 – Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 395 (vgl. 2).

In diesem Konto sind die Regressansprüche der Krankenkassen wegen unwirtschaftlicher Verordnung (hier: für Arznei- und Verbandmittel) zu erfassen.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|  |
|--|
| Vorgänge 40, 43<br>Erstattungen für Arznei-<br>und Verbandmittel |
|--|

### 3.2 Kontenart 396 – Erstattungen für Heilmittel

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 396 (vgl. 2).

In diesem Konto sind die Regressansprüche der Krankenkassen wegen unwirtschaftlicher Verordnung (hier: für Heilmittel) zu erfassen.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Vorgang 41<br>Erstattungen für Heilmittel |
|---|



### 3.3 Kontenart 399 – Regresse wegen unzulässig veranlasster Leistungen

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 399 (vgl. 2).

In diesem Konto sind die Regressansprüche der Krankenkassen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise (hier: wegen unzulässig veranlasster bzw. verordneter Leistungen) zu erfassen.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| <p>Vorgang 41<br/>         Regresse wegen unzulässig<br/>         veranlasster Leistungen</p> |
|---|

### 3.4 Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 400 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|  |
|--|
| # 01420<br>Überprüfung der Notwendigkeit der<br>häuslichen Krankenpflege |
|--|

|   |
|---|
| # 01422, 01424<br>Verordnungen von<br>Behandlungsmaßnahmen zur<br>psychiatr. häuslichen Krankenpflege |
|---|

|   |
|---|
| # 01510X, 01511X, 01512X<br>(künstl. Befruchtung) |
|---|

|   |
|---|
| # 01610<br>Bescheinigung zur Feststellung der<br>Belastungsgrenze |
|---|

|   |
|---|
| # 01611<br>Verordnung med. Rehabilitation |
|---|

|                                     |
|-------------------------------------|
| # 01630<br>Zuschlag Medikationsplan |
|-------------------------------------|

|   |
|---|
| Abschnitt 8<br>Gebührenordnungspositionen bei<br>Substitutionsbehandlung derbei<br>Drogenabhängigkeit |
|---|

|  |
|--|
| # 01950, 01951, 01952<br>(Substitutionsbehandlung) |
|--|

|  |
|--|
| # 01955, 01956<br>(diamorphingestützte Behandlung) |
|--|

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 2  
Allgemeine diagnostische und  
therapeutische  
Gebührenordnungspositionen

# 02100X, 02341X  
(künstl. Befruchtung)

Kapitel 3  
Hausärztlicher Versorgungsbereich

# 03060, 03062, 03063  
(nicht-ärztliche Praxisassistenten)

# 03222  
Zuschlag zu GOP 03220

Kapitel 4  
Versorgungsbereich Kinder-  
und Jugendmedizin

# 04222  
Zuschlag zu GOP 04220

# 04356  
Zuschlag zu GOP 04355

Abschnitt 4  
Gebührenordnungspositionen der  
schwerpunktorientierten Kinder- und  
Jugendmedizin

Abschnitt 5  
Pädiatrische  
Gebührenordnungspositionen mit  
Zusatzweiterbildung

# 04514, 04515, 04518, 04520

# 04528, 04529  
Zusatzpauschale Kapselendoskopie

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Unterabschnitt 4  
Gebührenordnungspositionen der  
pädiatrischen Nephrologie und  
Dialyse

# 04560 bis 04573

Kapitel 5  
Anästhesiologische  
Gebührenordnungspositionen

# 05222  
Zuschlag zu GOP 05220

# 05227  
Zuschlag zu GOP 05210 bis 05212

# 05310X, 05330X, 05340X, 05341X,  
05350X  
(künstl. Befruchtung)

Kapitel 6  
Augenärztliche  
Gebührenordnungspositionen

# 06222  
Zuschlag zu GOP 06220

# 06227  
Zuschlag zu GOP 06210 bis 06212

# 06332  
Photodynamische Therapie

# 06334, 06335  
intravitreale Medikamenteneingabe

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 7  
Chirurgische, kinderchirurgische,  
plastisch-chirurgische  
Gebührenordnungspositionen

# 07222  
Zuschlag zu GOP 07220

# 07227  
Zuschlag zu GOP 07210 bis 07212

Kapitel 8  
Frauenärztliche, geburtshilfliche und  
reproduktionsmedizinische  
Gebührenordnungspositionen

# 08222  
Zuschlag zu GOP 08220

# 08227  
Zuschlag zu GOP 08210 bis 08212

# 08410, 08411, 08412, 08413,  
08414, 08415, 08416  
(Geburtshilfe)

# 08510X, 08530X bis 08574X  
(Reproduktionsmedizin)

Kapitel 9  
Hals-Nasen-Ohrenärztliche  
Gebührenordnungspositionen

# 09222  
Zuschlag zu GOP 09220

# 09227  
Zuschlag zu GOP 09210 bis 09212

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 10  
Hautärztliche  
Gebührenordnungspositionen

# 10222  
Zuschlag zu GOP 10220

# 10227  
Zuschlag zu GOP 10210 bis 10212

# 10350  
(Balneophototherapie)

Kapitel 11  
Humangenetische  
Gebührenordnungspositionen

# 11301X, 11302X, 11303, 11311X\*,  
11312X\*, 11320X\*, 11321X\*,  
11322X\*, 11330\*, 11330X\*, 11331\*,  
11331X\*, 11332\*, 11332X\*, 11333\*,  
11333X\*, 11334\*, 11334X\*, 11351,  
11351X, 11352, 11352X, 11354\*,  
11354X\*, 11355, 11356, 11360,  
11360X\*, 11361\*, 11361X\*, 11370,  
11370X\*, 11371, 11371X\*, 11372\*,  
11372X\*, 11380, 11380X\*, 11390,  
11390X\*, 11391\*, 11391X\* 11395,  
11395X\*, 11396\*, 11396X\*, 11400,  
11400X\*, 11401, 11401X\*, 11403\*,  
11403X\*, 11404\*, 11404X\*, 11410,  
11410X\*, 11411, 11411X\*, 11412\*,  
11412X\*, 11420, 11420X\*, 11421\*,  
11421X\*, 11422\*, 11422X\*, 11430\*,  
11430X\*, 11431, 11431X\*, 11432,  
11432X\*, 11433\*, 11433X\*, 11434\*,  
11434X\*, 11440, 11440X\*, 11441\*,  
11441X\*, 11442\*, 11442X\*, 11443\*,  
11443X\*, 11444 bis 11449, 11500\*,  
11514  
(Indikationsbezogene molekular-  
genetische Stufendiagnostik)

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 12  
Laboratoriumsmedizinische  
Gebührenordnungspositionen

Kapitel 13  
Gebührenordnungspositionen der  
Inneren Medizin

# 13222  
Zuschlag zu GOP 13220

# 13227  
Zuschlag zu GOP 13210 bis 13212

Abschnitt 3  
Schwerpunktorientierte  
internistische Versorgung

Unterabschnitt 1  
Angiologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13296  
Zuschlag zu GOP 13294

# 13297  
Zuschlag zu GOP 13290 bis 13292

# 13311

Unterabschnitt 2  
Endokrinologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13346  
Zuschlag zu GOP 13344

# 13347  
Zuschlag zu GOP 13340 bis 13342

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Unterabschnitt 3  
Gastroenterologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13396  
Zuschlag zu GOP 13394

# 13397  
Zuschlag zu GOP 13390 bis 13392

# 13421 bis 13431  
(Koloskopie)

Unterabschnitt 4  
Hämato-/Onkologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13496  
Zuschlag zu GOP 13494

# 13497  
Zuschlag zu GOP 13490 bis 13492

Unterabschnitt 5  
Kardiologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13544  
Zuschlag zu GOP 13543

# 13547  
Zuschlag zu GOP 13540 bis 13542

Unterabschnitt 6  
Nephrologische Gebührenordnungs-  
positionen und Dialyse

# 13590 bis 13622



|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Unterabschnitt 7  
Pneumologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13646  
Zuschlag zu GOP 13644

# 13647  
Zuschlag zu GOP 13640 bis 13642

Unterabschnitt 8  
Rheumatologische  
Gebührenordnungspositionen

# 13696  
Zuschlag zu GOP 13694

# 13697  
Zuschlag zu GOP 13690 bis 13692

Kapitel 14  
Gebührenordnungspositionen der  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -  
psychotherapie

# 14216  
Zuschlag zu GOP 14214

# 14217  
Zuschlag zu GOP 14210 bis 14211

Kapitel 15  
Gebührenordnungspositionen der  
Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 16  
Neurologische und  
neurochirurgische  
Gebührenordnungspositionen

# 16217  
Zuschlag zu GOP 16216

# 16218  
Zuschlag zu GOP 16210 bis 16212

Kapitel 17  
Nuklearmedizinische  
Gebührenordnungspositionen

# 17370  
Radiojodtherapie

Kapitel 18  
Orthopädische  
Gebührenordnungspositionen

# 18222  
Zuschlag zu GOP 18220

# 18227  
Zuschlag zu GOP 18210 bis 18212

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 19  
Pathologische  
Gebührenordnungspositionen

# 19406

Unterabschnitt 19.4.2  
In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer  
Veränderungen

# 19410 bis 19426

Unterabschnitt 19.4.4  
In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer  
Veränderungen zur  
Indikationsstellung einer  
pharmakologischen Therapie

# 19451 bis 19456

Kapitel 20  
Phoniatische und pädaudiologische  
Gebührenordnungspositionen

# 20222  
Zuschlag zu GOP 20220

# 20227  
Zuschlag zu GOP 20210 bis 20212

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 21  
 Psychiatrische und  
 Psychotherapeutische  
 Gebührenordnungspositionen  
 (Psychiater)

# 21219, 21226  
 Zuschlag zu GOP 21218 bzw. 21225

# 21227  
 Zuschlag zu GOP 21210 bis 21212

# 21228  
 Zuschlag zu GOP 21213 bis 21215

Kapitel 22  
 Gebührenordnungspositionen der  
 Psychotherapeutischen Medizin  
 (Fachärzte)

# 22218  
 Zuschlag zu GOP 22216

# 22219  
 Zuschlag zu GOP 22210 bis 22212

Kapitel 23  
 Psychotherapeutische  
 Gebührenordnungspositionen  
 (Psychotherapeuten)

# 23218  
 Zuschlag zu GOP 23216

Kapitel 24  
 Radiologische  
 Gebührenordnungspositionen

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 25  
Strahlentherapeutische  
Gebührenordnungspositionen

Jede GOP

Kapitel 26  
Urologische  
Gebührenordnungspositionen

# 26222  
Zuschlag zu GOP 26220

# 26227  
Zuschlag zu GOP 26210 bis 26212

Kapitel 27  
Gebührenordnungspositionen der  
Physikalischen  
und Rehabilitativen Medizin

# 27222  
Zuschlag zu GOP 27220

# 27227  
Zuschlag zu GOP 27210 bis 27212

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 30  
Spezielle Versorgungsbereiche

Abschnitt 1  
Allergologie

Abschnitt 2  
Chirotherapie

Abschnitt 3  
Neurophysiologische  
Übungsbehandlung

Abschnitt 4  
Physikalische Therapie

Abschnitt 5  
Phlebologie

Abschnitt 6  
Proktologie

Abschnitt 7  
Schmerztherapie

# 30701  
Zuschlag zu GOP 30700

# 30702, 30704  
(Schmerztherapie)

# 30790, 30791  
(Körperakupunktur)

Abschnitt 9  
Schlafstörungsdiagnostik

# 30900, 30901  
(Polysomnographie)

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Abschnitt 10  
Leistungen der spezialisierten  
Versorgung HIV-infizierter Patienten

# 30920, 30922, 30924  
(Zusatzpauschalen bzw. Zuschläge)

Abschnitt 11  
Neuropsychologische Therapie

# 30930 bis 30935  
(Neuropsychologische Therapie)

Abschnitt 12  
MRSA

# 30940 bis 30956  
(MRSA)

Abschnitt 13  
Spezialisierte geriatrische  
Diagnostik und Versorgung

# 30980 bis 30988

Kapitel 31  
Gebührenordnungspositionen für  
ambulante Operationen, ... und  
orthopädisch-chirurgisch  
konservative  
Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 6  
Orthopädisch-chirurgisch  
konservative  
Gebührenordnungspositionen

Jede GOP

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 32  
Laboratoriumsmedizin

Abschnitt 1  
Grundleistungen

Abschnitt 2  
Allgemeine  
Laboratoriumsuntersuchungen

Abschnitt 3  
Spezielle Untersuchungen

# 32354X, 32356X, 32357X, 32575X,  
32576X, 32614X, 32618X, 32660X,  
32781X  
(künstl. Befruchtung)

# 32821, 32822  
(Genotypische Untersuchung HIV)

# 32828  
HIV-Resistenztestung

# 32865  
Bestimmung des  
CYP2D6-Metabolisierungsstatus

# 32911  
Erweitertes  
Transplantations-Cross-Match

Kapitel 33  
Ultraschalldiagnostik

# 33043X, 33044X, 33090X  
(künstl. Befruchtung)



|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 34  
 Diagnostische und interventionelle  
 Radiologie, CT und MRT

# 34274

# 34431  
 Mamma-MRT

Unterabschnitt 7  
 MRT-Angiographien

# 34470, 34475, 34480, 34485,  
 34486, 34489, 34490, 34492  
 MRT-Angiographien

Abschnitt 7  
 Diagnostische PET, PET/CT

# 34700, 34701, 34702, 34703  
 PET, PET/CT

Kapitel 35  
 Leistungen gemäß den  
 Psychotherapie-Richtlinien

Abschnitt 1  
 Nicht antragspflichtige Leistungen

Abschnitt 2  
 Antragspflichtige Leistungen (MGV)

Abschnitt 3  
 Testverfahren

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 37  
Kooperations- und  
Koordinationsleistungen in  
Pflegeheimen gemäß Anlage 27  
BMV-Ä

Abschnitt 2  
Kooperations- und  
Koordinationsleistungen

# 37100, 37102, 37105, 37113,  
37120

Kapitel 38  
Delegationsfähige Leistungen

Abschnitt 2  
... Hilfeleistungen von  
Praxismitarbeitern

# 38100, 38105

Abschnitt 3  
... Hilfeleistungen von qualifizierten  
nichtärztlichen Praxisassistenten

# 38200, 38205

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 40  
Kostenpauschalen

Abschnitt 3  
Kostenpauschalen für  
Versandmaterial, Versandgefäße  
sowie Versendung bzw. Transport  
von Untersuchungsmaterial, ...

Abschnitt 4  
Kostenpauschalen für die  
Versendung von Briefen ...

Abschnitt 5  
Kostenpauschalen für  
Krankheitsbericht ...

# 40154  
<sup>13</sup>C-Harnstoff

# 40156  
Bezug von Mifepreston

Abschnitt 6  
Kostenpauschalen bei  
Herzkatheteruntersuchungen ...

# 40300, 40302, 40304  
(Herzkatheteruntersuchungen)

# 40306  
(Qualitätssicherung zu GOP 34291)

Abschnitt 8  
Kostenpauschalen für  
interventionelle Eingriffe

# 40454, 40455  
(Kostenpauschale bzw. Zuschlag)

|                   |                     |                          |
|-------------------|---------------------|--------------------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |
|                   |                     | Ebene 6 (GOP)            |

Abschnitt 10  
... Kostenpauschalen für  
Radionuklide

# 40582

# 40584  
(Kostenpauschale bei Verwendung  
von <sup>18</sup>F-Fluordesoxyglukose)

Abschnitt 15  
... Sachkosten der Strahlentherapie

# 40840, 40841  
(Kostenpauschale Strahlentherapie)

Abschnitt 18  
Kostenpauschalen für ärztlich  
angeordnete Hilfeleistungen

# 40870, 40872  
Kostenpauschale für ärztlich  
angeordnete Hilfeleistungen

Kapitel 80  
vertraglich vereinbarte  
Zusatzleistungen

Abschnitt 1  
Leistungen der  
Onkologievereinbarungen

# 86510, 86512, 86514, 86516,  
86518  
(Kostenpauschalen nach  
Anlage 7 BMV-Ä)

Abschnitt 3  
Sozialpsychiatrische Versorgung

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 88  
Sonstige

# 88738\*  
Pauschalerstattung für Leistungen  
der PET

Vorgang 20\*  
Zuzahlung gemäß § 28 (4) SGB V,  
vom Leistungserbringer einbehalten

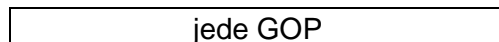
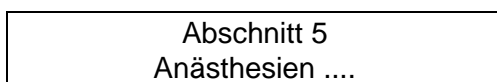
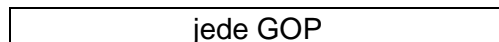
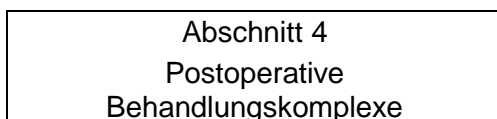
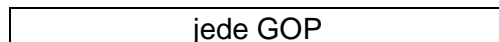
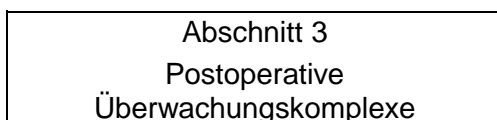
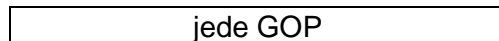
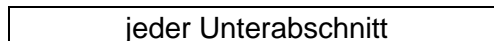
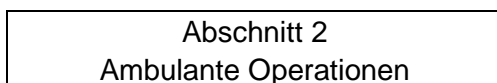
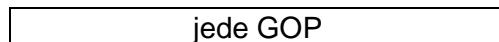
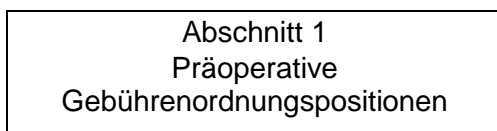
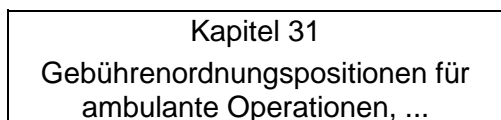
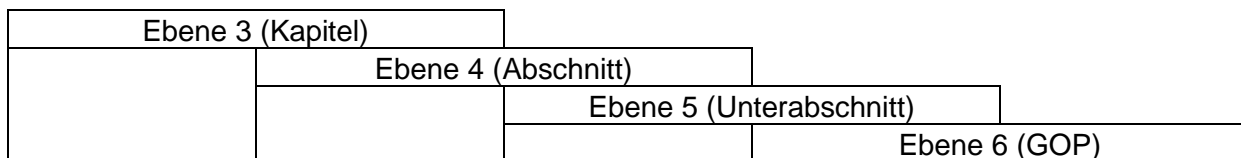
Vorgang 21\*  
Zuzahlung gemäß § 28 (4) SGB V,  
im weiteren Zahlungseinzug  
von der KV einbehalten

Vorgang 24\*  
Kostenerstattung gem.  
§ 18 (4) BMV-Ä bzw. § 21 (4) EKV

Vorgang 33  
Ambulanzen nach § 6 PsychTG

### 3.5 Kontenart 401 – Ambulantes Operieren

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 401 (vgl. 2).



|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 40  
Kostenpauschalen

Abschnitt 11  
... Kostenpauschalen für  
ophtalmologische Eingriffe

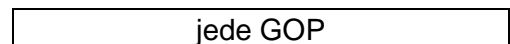
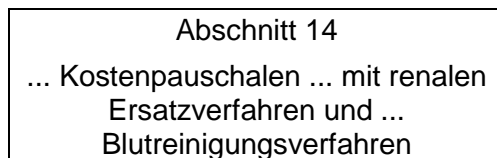
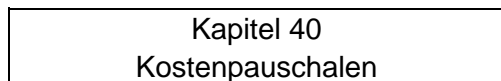
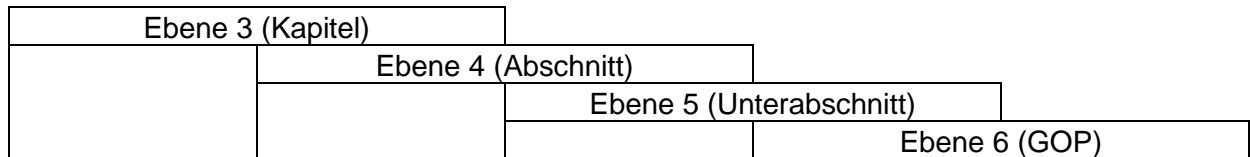
# 40680  
Kostenpauschalen PTK

Abschnitt 13  
... Kostenpauschalen für  
endoskopische Gelenkeingriffe

# 40750, 40752, 40754  
Kostenpauschalen Gelenkeingriffe

### 3.6 Kontenart 402 – Dialyse-Sachkosten

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 402 (vgl. 2).





### 3.7 Kontenart 404 – Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 404 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                   |
|-------------------|
| Kapitel 84<br>DMP |
|-------------------|

|  |
|--|
| Abschnitt 1<br>DMP Diabetes mellitus Typ 2 |
|--|

|                               |
|-------------------------------|
| Abschnitt 2<br>DMP Brustkrebs |
|-------------------------------|

|                        |
|------------------------|
| Abschnitt 3<br>DMP KHK |
|------------------------|

|  |
|--|
| Abschnitt 4<br>DMP Diabetes mellitus Typ 1 |
|--|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Abschnitt 5<br>DMP Asthma bronchiale |
|--------------------------------------|

|                         |
|-------------------------|
| Abschnitt 6<br>DMP COPD |
|-------------------------|

### 3.8 Kontenart 405 – Soziotherapie nach § 37a SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 405 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 30<br>Spezielle Versorgungsbereiche |
|---|

|                              |
|------------------------------|
| Abschnitt 8<br>Soziotherapie |
|------------------------------|

|  |
|--|
| # 30800, 30810, 30811<br>(Soziotherapie) |
|--|

### 3.9 Kontenart 406 – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 406 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|                                   |
|-----------------------------------|
| # 01425, 01426<br>Verordnung SAPV |
|-----------------------------------|

### 3.10 Kontenart 408 – Leistungen nach § 73b SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 408 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Die Nachweisführung für Leistungen nach § 73b SGB V erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.11 Kontenart 409 – Leistungen nach § 73c SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 409 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Die Nachweisführung für Leistungen nach § 73c SGB V erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.12 Kontenart 436 – Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen (nur vertragsärztliche Versorgung)

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 436 (vgl. 2).

In diesem Konto sind nur die Ausgaben für den Sprechstundenbedarf zu erfassen.

Rückzahlungen aufgrund von Regressansprüchen der Krankenkassen siehe Kontenart 395.

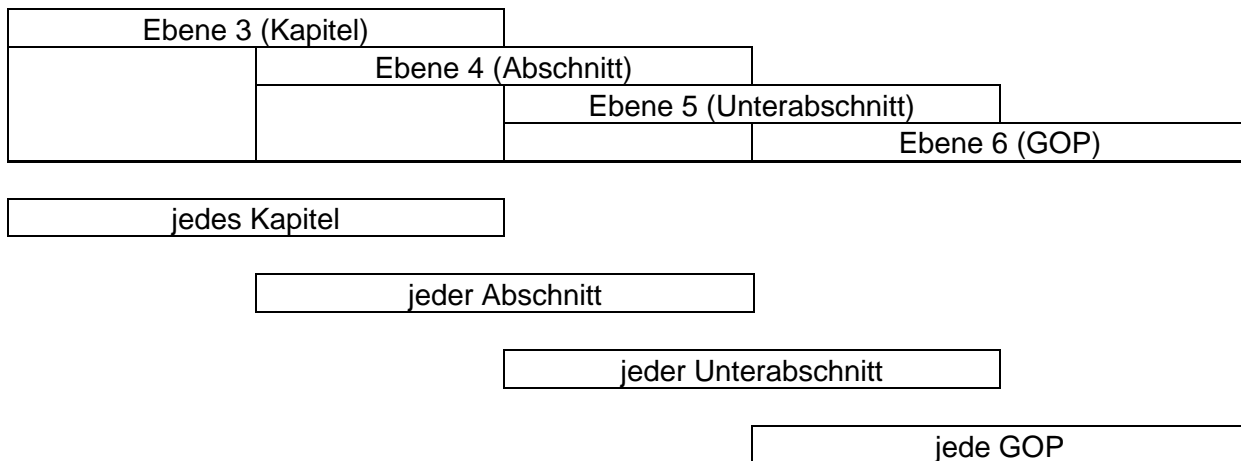
|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                                   |
|-----------------------------------|
| Vorgang 42<br>Sprechstundenbedarf |
|-----------------------------------|

### 3.13 Kontenart 463 – Belegärztliche Behandlung

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 463 (vgl. 2).

Der Ausweis für belegärztliche Gebührenordnungspositionen des EBM erfolgt durchgängig und vollständig auf allen Ebenen bis einschließlich der Ebene 6 (GOP).



### 3.14 Kontenart 518 – Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 2 SGB V - Satzungsleistungen

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 518 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                               |
|-------------------------------|
| Kapitel 89<br>Schutzimpfungen |
|-------------------------------|

Die Nachweisführung für Schutzimpfungen erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.



### 3.15 Kontenart 520 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 520 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|  |
|--|
| # 01704 bis 01706<br>(Neugeborenen-Hörscreening) |
|--|

|   |
|---|
| # 01707 bis 01723<br>(Früherkennung von Krankheiten bei<br>Kindern) |
|---|

### 3.16 Kontenart 521 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 521 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|  |
|--|
| # 01730, 01733 bis 01745, 01750 bis<br>01759<br>(Früherkennung von Krankheiten bei<br>Erwachsenen, Mammographie-<br>Screening) |
|--|

|                                |
|--------------------------------|
| Kapitel 40<br>Kostenpauschalen |
|--------------------------------|

|   |
|---|
| # 40160F<br>Einmal-Sklerosierungsnadeln |
|---|

|                                      |
|--------------------------------------|
| # 40850, 40852<br>(Kostenpauschalen) |
|--------------------------------------|

|   |
|---|
| # 40854, 40855<br>(Kostenpauschale bzw. Zuschlag) |
|---|

### 3.17 Kontenart 522 – Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 522 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|  |
|--|
| # 01731, 01734 bis 01743, 01745M<br>(Früherkennung von Krankheiten bei<br>Erwachsenen) |
|--|

|                                |
|--------------------------------|
| Kapitel 40<br>Kostenpauschalen |
|--------------------------------|

|   |
|---|
| # 40160M<br>Einmal-Sklerosierungsnadeln |
|---|

### 3.18 Kontenart 523 – Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 523 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 1<br>Allgemeine<br>Gebührenordnungspositionen |
|---|

|                                    |
|------------------------------------|
| # 01732<br>Gesundheitsuntersuchung |
|------------------------------------|

|  |
|--|
| # 01746, 01746M<br>Hautkrebs-Screening |
|--|

|  |
|--|
| # 32880, 32881, 32882<br>Laborpauschalen<br>i. Z. m. GOP 01732 |
|--|

### 3.19 Kontenart 525 – Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 525 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Die Nachweisführung für Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 2 SGB V erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.20 Kontenart 530 – Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (Ärztliche Beratung und Behandlung)

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 530 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 1  
Allgemeine  
Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 7  
... Empfängnisregelung und  
Schwangerschaftsabbruch

# 01700, 01701  
Grundpauschalen für die Erbringung  
von Laborleistungen

Unterabschnitt 5  
Empfängnisregelung

# 01833  
(Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-  
Nachweis)

# 01840  
(Chlamydien-Screening)

Unterabschnitt 6  
Sterilisation

Unterabschnitt 7  
Schwangerschaftsabbruch

# 01915  
(Chlamydien-Screening)

### 3.21 Kontenart 531 – Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (Krankenhausbehandlung)

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 531 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 1  
Allgemeine  
Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 7  
... Empfängnisregelung und  
Schwangerschaftsabbruch

# 01700, 01701  
Grundpauschalen für die Erbringung  
von Laborleistungen

Unterabschnitt 5  
Empfängnisregelung

# 01840  
(Chlamydien screening)

Unterabschnitt 6  
Sterilisation

Unterabschnitt 7  
Schwangerschaftsabbruch

# 01915  
(Chlamydien screening)

### 3.22 Kontenart 543 – Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 543 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|  |
|--|
| Vorgang 31<br>Sozialpädiatrische Zentren |
|--|



### 3.23 Kontenart 544 – Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 544 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|  |
|--|
| Vorgang 30<br>Psychiatrische Institutsambulanzen |
|--|

### 3.24 Kontenart 550 – Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Ärztliche Betreuung)

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 550 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Kapitel 1  
Allgemeine  
Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 7  
... Empfängnisregelung und  
Schwangerschaftsabbruch

# 01700V, 01701V  
Grundpauschalen für die Erbringung  
von Laborleistungen

Unterabschnitt 4  
Mutterschaftsvorsorge

# 01770 bis 01816  
(Mutterschaftsvorsorge)

### 3.25 Kontenart 570 – Integrierte Versorgung – Ambulante ärztliche Versorgung

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 570 (vgl. 2).

|                   |                          |  |               |
|-------------------|--------------------------|--|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                          |  |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt)      |  |               |
|                   | Ebene 5 (Unterabschnitt) |  | Ebene 6 (GOP) |
|                   |                          |  |               |

Alle Gebührenordnungspositionen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter den Kontenarten 400, 401, 463, 520 bis 523 und 550 zu buchen wären.

Die Nachweisführung für die integrierte Versorgung erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.26 Kontenart 572 – Integrierte Versorgung – Sachleistungen bei Dialyse

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 572 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Alle Gebührenordnungspositionen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter der Kontenart 402 zu buchen wären.

Die Nachweisführung für die integrierte Versorgung erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.27 Kontenart 573 – Integrierte Versorgung – Arznei- und Verbandmittel

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 573 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Alle Gebührenordnungspositionen, die außerhalb der integrierten Versorgung unter der Kontenart 436 zu buchen wären.

Die Nachweisführung für die integrierte Versorgung erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.28 Kontenart 993 – Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V - Pflichtleistungen

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 993 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                               |
|-------------------------------|
| Kapitel 89<br>Schutzimpfungen |
|-------------------------------|

Die Nachweisführung für Schutzimpfungen erfolgt aufgrund regionaler Vereinbarungen.

### 3.29 Kontenart 994 – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 994 (vgl. 2).

In diesen Konten werden ausschließlich die **Patienten-Schulungsleistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme** erfasst.

DMP i. S. der Anlagen zu den §§ 28b bis 28g der RSAV sind (Stand: 1.1.2005):

DMP für

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- COPD

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                   |
|-------------------|
| Kapitel 84<br>DMP |
|-------------------|

|  |
|--|
| Abschnitt 1<br>DMP Diabetes mellitus Typ 2 |
|--|

|                               |
|-------------------------------|
| Abschnitt 2<br>DMP Brustkrebs |
|-------------------------------|

|                        |
|------------------------|
| Abschnitt 3<br>DMP KHK |
|------------------------|

|  |
|--|
| Abschnitt 4<br>DMP Diabetes mellitus Typ 1 |
|--|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Abschnitt 5<br>DMP Asthma bronchiale |
|--------------------------------------|

|                         |
|-------------------------|
| Abschnitt 6<br>DMP COPD |
|-------------------------|

### 3.30 Kontenart 996 – Psychotherapeutische Leistungen (extrabudgetär)

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 996 (vgl. 2).

In diesen Konten werden psychotherapeutische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung extrabudgetär (außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) vergütet werden (vgl. Empfehlung des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss vom 22.10.2012, Teil A, Nr. 2.2.1, Ziffer 18 zur extrabudgetären Vergütung der Leistungen des Abschnittes 35.2 des EBM aller Arztgruppen und den probatorischen Sitzungen nach GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen) sowie regional vereinbarte extrabudgetäre Leistungen der Psychotherapie erfasst.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|  |
|--|
| Kapitel 35<br>Leistungen gemäß den<br>Psychotherapie-Richtlinien |
|--|

|   |
|---|
| Abschnitt 1<br>Nicht antragspflichtige Leistungen |
|---|

|                  |
|------------------|
| # 35150P, 35150Q |
|------------------|

|   |
|---|
| Abschnitt 2<br>Antragspflichtige Leistungen |
|---|

|                           |
|---------------------------|
| # jede extrabudgetäre GOP |
|---------------------------|



### 3.31 Kontenart 997 – Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 997 (vgl. 2).

In diesen Konten werden Leistungen von geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V erfasst.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Kapitel 30<br>Spezielle Versorgungsbereiche |
|---|

|  |
|--|
| Abschnitt 13<br>Spezialisierte geriatrische<br>Diagnostik und Versorgung |
|--|

|                   |
|-------------------|
| # 30980 bis 30988 |
|-------------------|

### 3.32 Kontenart 999 – Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V

Die Gliederung gilt für alle Konten der Kontenart 999 (vgl. 2).

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|                                   |
|-----------------------------------|
| Vorgang 32<br>Hochschulambulanzen |
|-----------------------------------|

## 4 Besondere Formen des Leistungs- und Vergütungsausweises

Einige Sachverhalte (bzw. Vorgänge) der Rechnungslegung können ggf. mehreren Konten bzw. Kontenarten zugeordnet werden. Es obliegt den Gesamtvertragspartnern, die im Folgenden beispielhaft dargestellten Sachverhalte, in die Darstellung der betroffenen Konten einzubeziehen.

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Vorgang 1  
Vorquartalsberichtigungen,  
rechnerische Berichtigung

Vorgang 2  
Vorquartalsberichtigungen,  
Prüfungsmaßnahmen nach § 106  
bzw. 106a SGB V

Vorgang 3  
Korrektur des Leistungsbedarfs  
bzw. der Vergütung  
wg. Rundungsdifferenzen

Vorgang 4  
Vorquartalsberichtigungen, Korrektur  
eines Irrläufers

Vorgang 6  
Taxikosten im organisierten  
Notfalldienst

Vorgang 7  
Punktwertzuschläge für Leistungen  
gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 erster  
Halbsatz SGB V

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Vorgang 8  
 Punktwertzuschläge für  
 Ärzte/Therapeuten gemäß § 87a Abs.  
 2 Satz 3, erster Halbsatz SGB V

Vorgang 9  
 Punktwertzuschläge gemäß § 87a  
 Abs. 2 Satz 2 SGB V

Vorgang 13  
 Punktwertzuschläge gemäß  
 § 87a Abs. 2 Satz 3,  
 zweiter Halbsatz SGB V

Vorgang 50-79, 100-799  
 Übrige Verrechnungsbeträge,  
 KV-spezifische Verwendung

Kapitel 82  
 Anerkennungsvereinbarungen

Abschnitt 1  
 Anerkennungsvereinbarung gem.  
 Anlage 17 BMV-Ä

KV-Bereich

diverse GOP

Abschnitt 2  
 Sonstige  
 Anerkennungsvereinbarungen

|                   |                     |                          |  |
|-------------------|---------------------|--------------------------|--|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |  |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |  |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |  |
|                   |                     | Ebene 6 (GOP)            |  |

Regionaler Vertrag \*)

...

...

Regionaler Vertrag \*)

Regionaler Vertrag \*\*)

...

...

Regionaler Vertrag \*\*)

Anmerkung:

\*) Verträge, die Gebührenordnungspositionen außerhalb des EBM beinhalten, sind in den zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Konten unterhalb der mit dieser Inhaltsbeschreibung vorgegebenen Ausweise nachzuweisen.

\*\*\*) Verträge, die eine Modifizierung von Gebührenordnungspositionen des EBM vorsehen, sind ggf. in den Konten in der Zuordnung zu den Kapiteln auszuweisen.

## 5 Weitere buchhalterische und statistische Angaben

Zusätzlich zu den Angaben zur Verwendung der Gesamtvergütung werden buchhalterische und statistische Angaben übermittelt.

### 5.1 Kontenart 995 – Sonstige Vorgänge/Beträge

#### 5.1.1 Konten 9950, 9951, 9952

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

|   |
|---|
| Vorgang 25<br>Zuzahlung gemäß<br>§§ 32 und 33 SGB V |
|---|

|                           |
|---------------------------|
| Vorgang 92<br>Versicherte |
|---------------------------|

|  |
|--|
| Vorgang 93<br>Abrechnungsfälle je Versichertem |
|--|

|   |
|---|
| Vorgang 94<br>Vergütung je Versichertem |
|---|

|  |
|--|
| Vorgang 95<br>Vergütung je Abrechnungsfall |
|--|

## 5.1.2 Konto 9959 – Unspezifische Vorgänge/Beträge

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Vorgang 80  
Abschlagszahlungen

Vorgang 81  
Vorhersehbare Morbiditätsbedingte  
Gesamtvergütung

Vorgang 83  
Punktwert gemäß  
§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Vorgang 84  
Verwaltungskostenbeitrag  
Ersatzkassen

Vorgang 85  
Restsumme

Vorgang 970  
Stützungsbeträge Leistungen  
(§ 87a Abs. 2 Satz 3, erster Halbsatz  
SGB V) –  
Davon-Ausweis

Vorgang 971  
Stützungsbeträge Ärzte/Therapeuten  
(§ 87a Abs. 2 Satz 3, erster Halbsatz  
SGB V) – Davon-Ausweis

Vorgang 972  
Stützungsbeträge Leistungen  
(§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V)  
– Davon-Ausweis

|                   |                     |                          |               |
|-------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Ebene 3 (Kapitel) |                     |                          |               |
|                   | Ebene 4 (Abschnitt) |                          |               |
|                   |                     | Ebene 5 (Unterabschnitt) |               |
|                   |                     |                          | Ebene 6 (GOP) |

Vorgang 975  
Stützungsbeträge  
Versorgung/Kooperationsverträge  
(§ 87a Abs. 2 Satz 3, zweiter  
Halbsatz SGB V) – Davon-Ausweis

Vorgang 980  
Bereinigter Behandlungsbedarf in  
Punkten  
gem. Bereinigungsbeschluss

Vorgang 982  
Bereinigungsmenge je Versicherten  
in Punkten gem. 3.4  
Bereinigungsbeschluss  
(Fortschreibung)

Vorgang 990  
Deklaratorischer Bereinigungsbetrag  
Selektivvertrag nach § 73b SGB V

Vorgang 991  
Deklaratorischer Bereinigungsbetrag  
Selektivvertrag nach § 73c SGB V

Vorgang 992  
Deklaratorischer Bereinigungsbetrag  
Selektivvertrag nach § 140d SGB V

Vorgang 993  
Deklaratorischer Bereinigungsbetrag  
Selektivvertrag auf sonstiger  
Grundlage

Vorgang 995  
Differenzbereinigungsbetrag  
Selektivverträge nach § 73b SGB V

Vorgang 996  
Differenzbereinigungsbetrag  
Selektivverträge nach § 73c SGB V



Vorgang 997  
Differenzbereinigungsbetrag Verträge  
zur integrierten Versorgung nach  
§ 140a SGB V

Vorgang 998  
Differenzbereinigungsbetrag  
Modellvorhaben nach § 63 SGB V

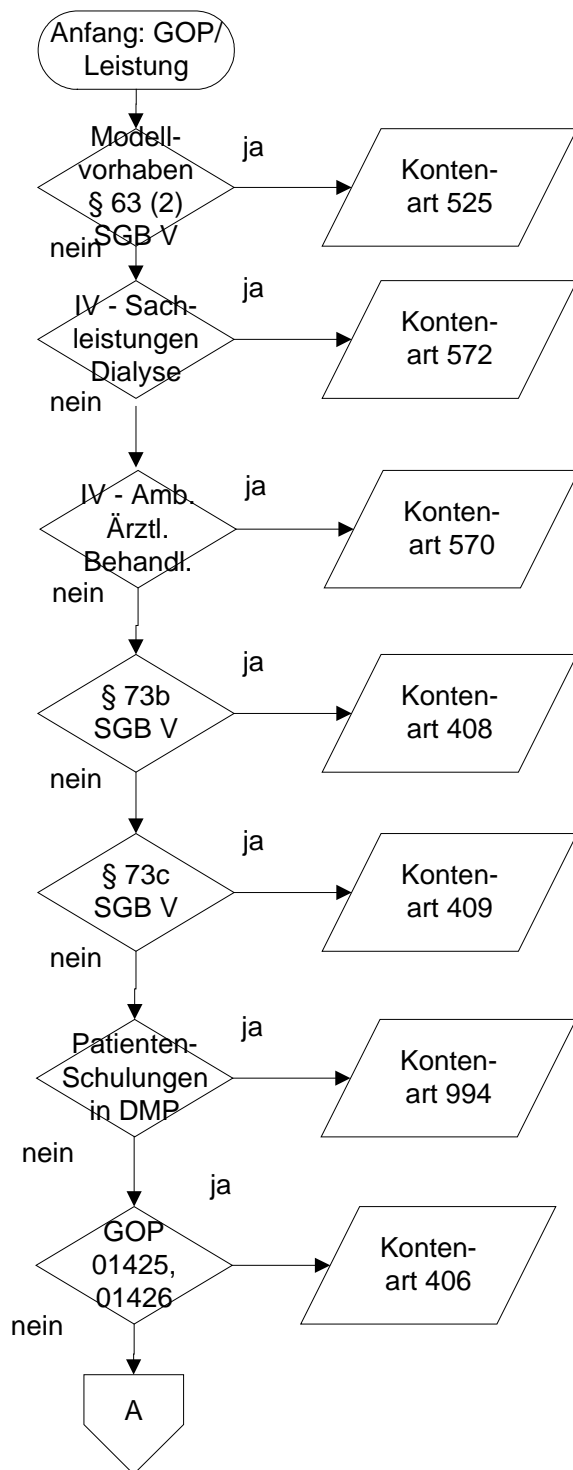
## 6 Hierarchie des Kontenrahmens

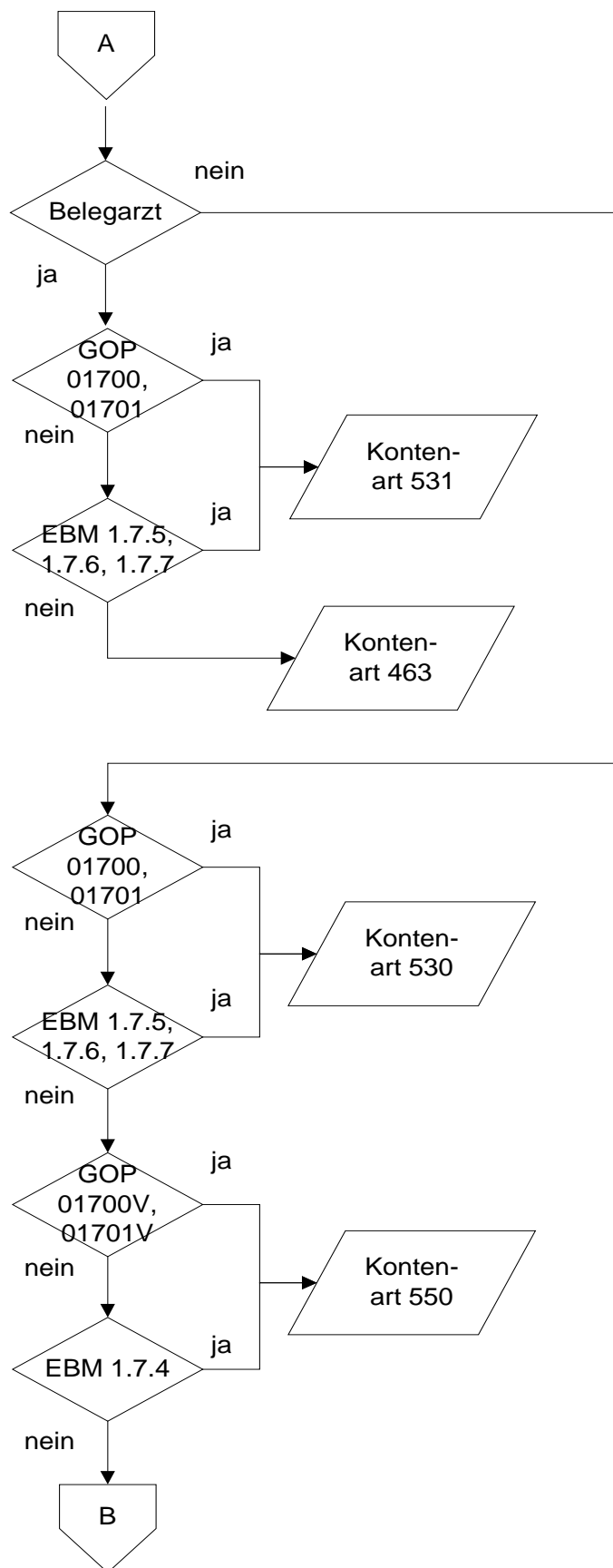
Die Buchungsvorschriften des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geben in Abhängigkeit von der Art der Inanspruchnahme die Verwendung der Konten vor. Diese Hierarchie ist im nachfolgenden Flussdiagramm dargestellt und bei der Anwendung der Inhaltsbeschreibung zu berücksichtigen.

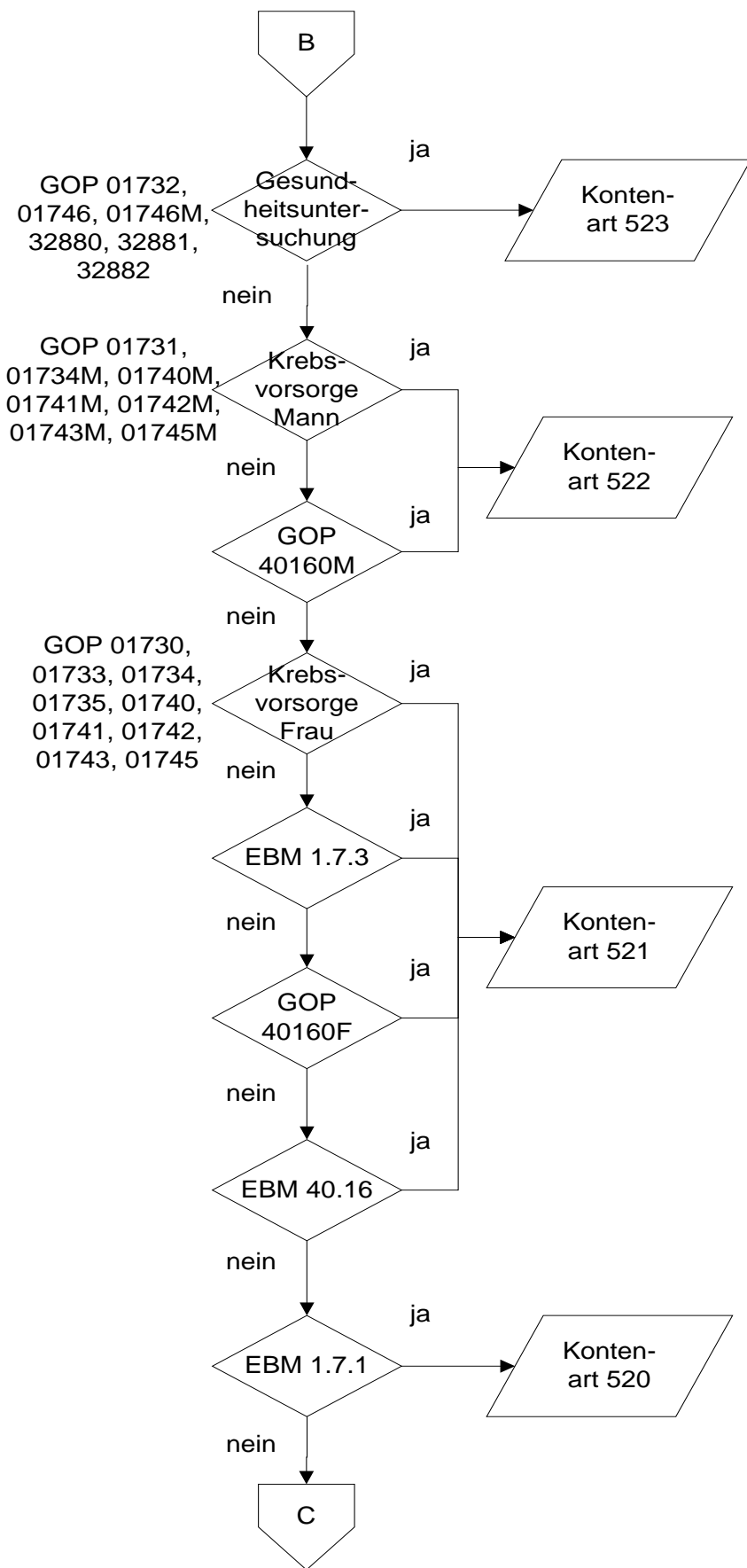
KV-spezifische Sondernummern (# 89000 ff.) sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Ablaufschema zuzuordnen. Eine bundesweit einheitliche Vorgabe ist nicht möglich.

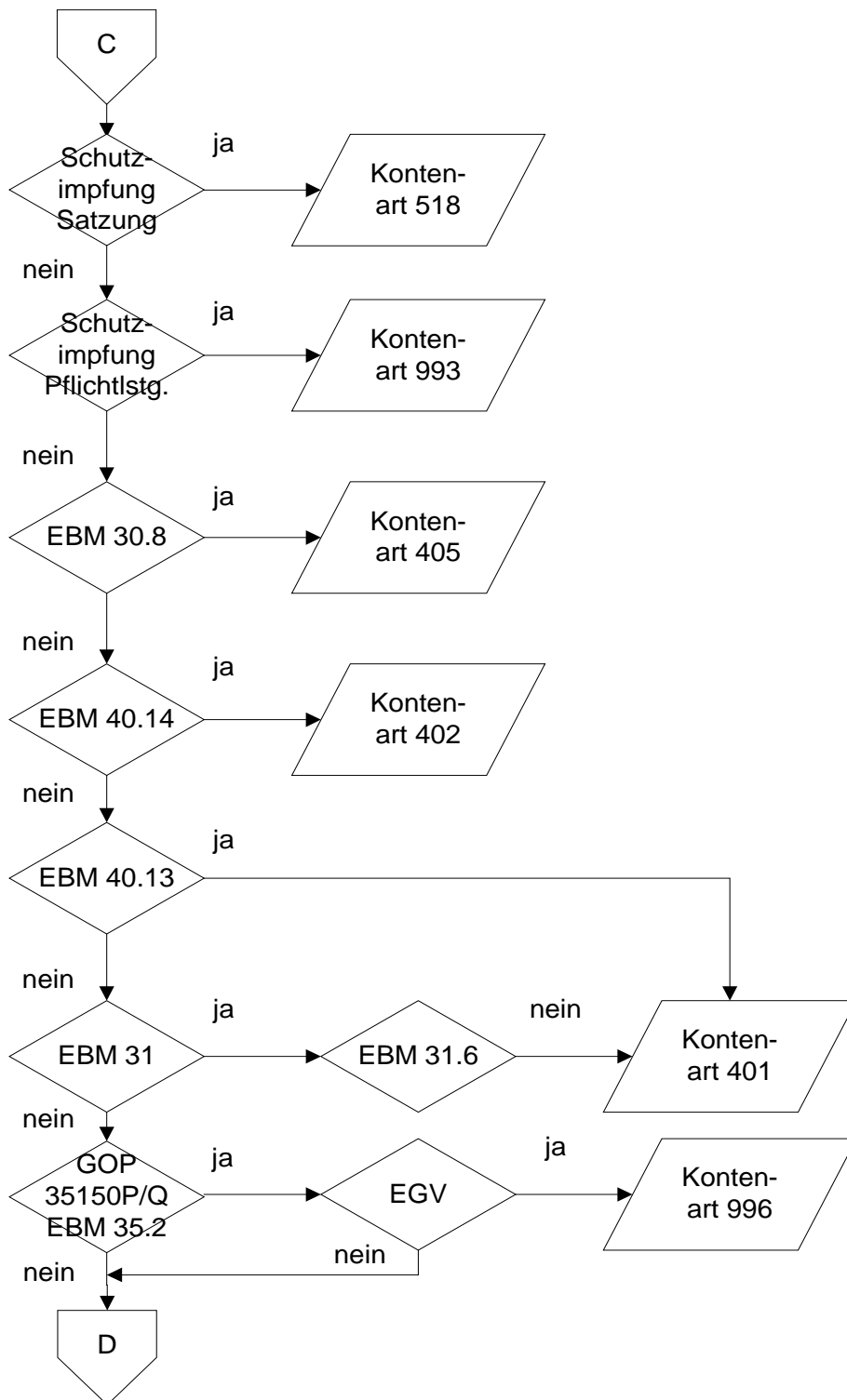
Das Flussdiagramm stellt nur die Zuordnung von abgerechneten Gebührenordnungspositionen dar. Die Zuordnung von anderen Sachverhalten, z. B. Sprechstundenbedarf, ist den Abschnitten 3 bis 5 zu entnehmen.

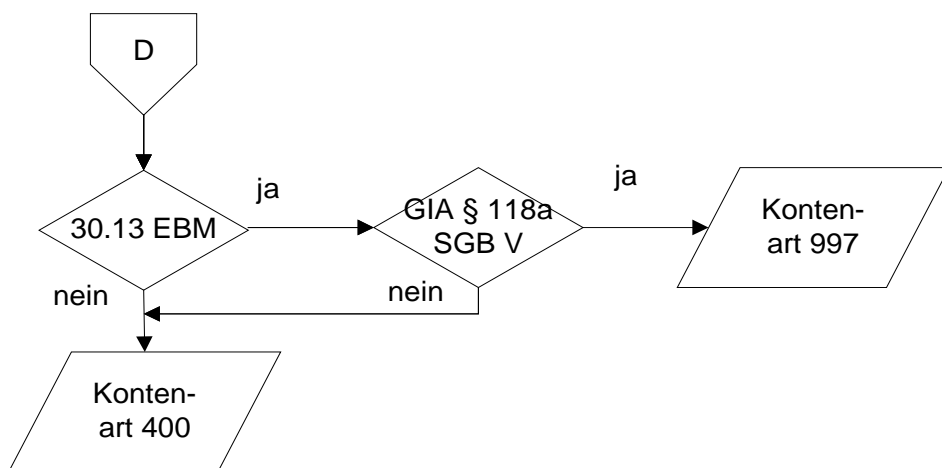
### 6.1 Flussdiagramm zur Zuordnung von Leistungen zu den Konten











## 7 Fallzählung, Leistungshäufigkeiten

### 7.1 Fallzählung

Die Fallzählung erfolgt auf Ebene der Konten. Grundlage ist die Auswertung der Behandlungsfälle und die Zuordnung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen zu den Konten. Jedes im Behandlungsfall zusätzlich angesprochene Konto löst eine Fallzählung aus:

Beispiel:

Behandlungsfall 1:

|                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| # 03110 -> Zuordnung zu Konto 4000 | } | Fallzählung Konto 4000 Fall-Nr. 1 |
| # 03241 -> Zuordnung zu Konto 4000 |   |                                   |
| # 03335 -> Zuordnung zu Konto 4000 |   |                                   |
| # 01732 -> Zuordnung zu Konto 5230 | → | Fallzählung Konto 5230 Fall-Nr. 1 |

Behandlungsfall 2:

|                                    |   |                                   |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| # 03111 -> Zuordnung zu Konto 4000 | } | Fallzählung Konto 4000 Fall-Nr. 2 |
| # 03235 -> Zuordnung zu Konto 4000 |   |                                   |
| # 03321 -> Zuordnung zu Konto 4000 |   |                                   |

### 7.2 Leistungshäufigkeiten

Zu den in den Konten der Kontenarten 520 bis 523 sowie 550 ausgewiesenen Gebührenordnungspositionen sind die Leistungshäufigkeiten anzugeben.



## 8 Ermittlung von Verhältniszahlen

Die Verhältniszahlen sind nach dem nachfolgenden Schema zu ermitteln und an der nach Punkt 5 dieser Inhaltsbeschreibung vorgesehenen Position auszuweisen.

| Inhalt                                  | Konto | Position | Ermittlung   |
|---|-------|----------|--|
| <b>Anzahl Versicherte</b>               | 9950  | Status   | Versichertenmeldung  |
| <b>Abrechnungsfälle je Versicherten</b> | 9950  | Status   | Summe der Fallzahl der Konten 4000, 4001 und 4002<br>dividiert durch<br>Versicherte des Kontos 9950                          |
| <b>Vergütung je Versicherten</b>        | 9950  | Status   | Summe der Vergütung der Konten 4000, 4001 und 4002<br>dividiert durch<br>Versicherte des Kontos 9950                         |
| <b>Vergütung je Abrechnungsfall</b>     | 9950  | Status   | Summe der Vergütung der Konten 4000, 4001 und 4002<br>dividiert durch<br>Summe der Fallzahlen der Konten 4000, 4001 und 4002 |