

Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung

Die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologievereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) dient der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten. Sie finden die Vereinbarung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/O/Onkologie*.

Voraussetzung für die Abrechnung der Kostenpauschalen ist die Angabe der Diagnose. Bitte achten Sie darauf, die Diagnose der Tumorerkrankung mit dem entsprechenden ICD-10-GM zu dokumentieren. Ist die entsprechende Diagnose nicht vorhanden, kann die Leistung nicht anerkannt werden.

Gemäß Paragraph 1 Absatz 2 sind Tumorerkrankungen im Sinne der Vereinbarung:

- alle malignen soliden Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97)
- intrakranielle beziehungsweise ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
- bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)
- Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C81.- bis C96.9, D45.-, D46.0, D46.1, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender

Störung der Hämatopoese D61.-, nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten; D69.3, D69.4 nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik; D70.-, D71, D72.-)

e) die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.1)

Für die Behandlung können entsprechend der Diagnose einmalig im Behandlungsfall folgende Kostenpauschalen angesetzt werden:

■ **GOP 86510: Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 d und e**

Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86512 berechnungsfähig.

■ **GOP 86512: Behandlung solider Tumore entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie**

Die Kostenpauschale 86512 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86512 ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.

■ **GOP 86514: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie**

Die Kostenpauschale 86514 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86514 ist

nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

■ **GOP 86516: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie**

Die Kostenpauschale 86516 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

■ **GOP 86518: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung**

Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung. Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Kostenpauschale 86518 ist im Behandlungsfall nicht neben der Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die Kostenpauschalen laut Vereinbarung nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden können. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (zum Beispiel bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- beziehungs-

Fortführung Kataraktvereinbarung

weise Weiterbehandlung). Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen (Kapitel 2.1. des EBM), hat die Berechnung bei einem Zusammenwirken mehrerer Ärzte an der Behandlung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer) zu erfolgen, von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Gemäß Paragraph 1 Absatz 4 Onkologievereinbarung ist ein onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Vereinbarung der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniert.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
 Experte Annalena Eckert
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
 E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Am 1. Januar 2011 ist die „neue“ Kataraktvereinbarung mit allen bayerischen Krankenkassen in Kraft getreten. Obwohl mehrheitlich korrekt abgerechnet wird, gibt es auch Fälle nichtvertragskonformer Abrechnung. Sie finden die Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/A/ambulante Kataraktoperationen*. Eine Sammlung der wichtigsten Fragen und Antworten zum Thema Katarakt steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/K/Katarakt* als PDF zur Verfügung.

Voraussetzung für die Abrechnung ist die Erteilung einer Teilnahmeerlaubnis durch die KVB. Die Teilnahme kann nur für ein Modul beantragt werden. Entsprechend können nur die Gebührenordnungspositionen dieses Moduls angesetzt werden. Die Teilnahme an der Kataraktvereinbarung ist freiwillig. Nimmt ein

Arzt nicht teil, so besteht die Möglichkeit der Abrechnung über den EBM-Katalog. Teilnehmer müssen bei der Abrechnung Folgendes beachten:

- Neben den Gebührenordnungspositionen des **Operationsmoduls** ist eine Abrechnung sämtlicher Gebührenordnungspositionen der EBM-Kapitel 5 und 31, die Leistungsgegenstand des Operationsmoduls der Kataraktvereinbarung sind, nicht möglich. Ergänzende oder parallele Operationsleistungen, die nicht Gegenstand der Kataraktvereinbarung sind, zum Beispiel die Glaukombehandlung, sind selbstverständlich berechnungsfähig.
- Die GOPen 97442 und 97443 sind im Krankheitsfall pro Auge maximal einmal abrechnungsfähig.
- Die GOP 97445 darf pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag angesetzt werden. Sie darf nicht am gleichen Be-

In der Kataraktvereinbarung seit 1. Januar 2011 gilt:

Modul	GOP	Inhalt
Operationsmodul	GOP 97442	Operationsmodul A: alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung
	GOP 97443	Operationsmodul B: alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung
	GOP 97445	Nachbehandlung durch den Operateur
Anästhesiemodul	GOP 97444	Alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten
Betreuungsmodul	GOP 97441	alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

handlungstag wie die GOPen 97442 und 97443 abgerechnet werden. Die GOP 97445 darf nur abgerechnet werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOPen 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden.

- Die Abrechnung der Operation beziehungsweise Anästhesie des zweiten Auges am gleichen Behandlungstag ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (zum Beispiel bei Behandlung von Patienten mit Schwerstbehinderung).
- Die Abrechnungsziffer des Anästhesiemoduls (GOP 97444) kann pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall angesetzt werden. Die GOPen 97442, 97443, 97445 und 97441 sind neben ihr nicht berechnungsfähig. Sie darf nur angesetzt werden, wenn im gleichen Fall nicht die GOP 97442 durch den Operateur angesetzt wurde.
- Die Abrechnungsziffer des Betreuungsmoduls (GOP 97441) darf nur in Ansatz gebracht werden, wenn mindestens drei postoperative Behandlungen stattgefunden haben. Sie darf nur angesetzt werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden. Auch sie ist pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 97441: Katarakt Betreuungsmodul

Beschreibung Betreuungsmodul
alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

Obligater Leistungsinhalt

- Erörterung der individuellen Voraussetzungen und Risiken des Patienten bei Durchführung einer ambulanten Kataraktoperation (einschließlich Beratung)
- Indikationsstellung zur ambulanten Kataraktoperation
- Überweisung des Patienten an einen operativ tätigen Augenarzt
- postoperative Betreuung des Patienten (mindestens drei Behandlungen)
- Aufbewahrung des durch den Operateur weitergeleiteten Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97441 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Betreuungsmodul besitzen.
- Die GOPen 97442, 97443 und 97444 und 97445 sind neben der GOP 97441 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Mit der Abrechnung der GOP 97441 sind die EBM-GOP

06212 und 06211 (Grundpauschalen) abgegolten und dürfen bei Patienten, bei denen ausschließlich die Indikation Katarakt vorliegt, im gleichen Behandlungsfall nicht abgerechnet werden.

- Die GOP 97441 darf nur abgerechnet werden, wenn die Bestätigung des Operateurs vorliegt, dass eine ambulante Kataraktoperation durchgeführt wurde. Als Bestätigung gilt der Dokumentationsbogen, der durch den Operateur auszufüllen und an den nachbehandelnden, konservativ tätigen Augenarzt weiterzuleiten ist. Der konservativ tätige Augenarzt ist verpflichtet, diesen Dokumentationsbogen als abrechnungsbegründende Unterlage in seiner Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.

GOP 97442: Katarakt Operationsmodul A

Beschreibung Operationsmodul A

alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative und präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie

- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Fakultativer Leistungsinhalt

Postoperative Betreuung bei selbst behandelten Patienten oder auf Wunsch des konservativ tätigen Augenarztes

Abrechnungsbestimmung

- insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall
- Die GOP 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97442 (Operationsmodul A) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.

- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97442 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Bei der Abrechnung der GOP 97442 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde. Die GOP 97442 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97444 nicht durch den Anästhesisten angesetzt wurde.

GOP 97443: Katarakt Operationsmodul B

Beschreibung Operationsmodul B
alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative Vorbereitung
- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollstän-

dig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Abrechnungsbestimmung

Die GOPen 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97443 (Operationsmodul B) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.
- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97443 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Bei der Abrechnung der GOP 97443 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde.

GOP 97444: Katarakt Anästhesiemodul

Beschreibung Anästhesiemodul
alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung des Patienten zu den Risiken der geplanten Anästhesie
- Präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97444 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Anästhesiemodul besitzen.
- Die GOPen 97441, 97442 und 97443 und 97445 sind neben der GOP 97444 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Die GOP 97444 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97442 nicht durch den Operateur angesetzt wurde.

GOP 97445: Nachbehandlung durch den Operateur

Beschreibung

Nachbehandlung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung mindestens einer postoperativen Nachbehandlung
- Vervollständigung des Dokumentationsbogens (Dokumentation des/der Nachbehandlungstermin(e) und Aufbewahrung des Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage in der eigenen Praxis)

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die GOP 97445 darf nur abrechnet werden, wenn Nachbehandlungstermine mittels des Dokumentationsbogens nachgewiesen werden. Der Dokumentationsbogen ist als abrechnungsbegründende Unterlage in der Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.
- Die GOP 97445 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97441 beziehungsweise 97445 nicht durch einen anderen Arzt angesetzt wurde.
- Die GOPen 97444 und 97441 sind neben der GOP 97445 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Heidi Huber
Telefon 09 41/ 39 63 - 2 36,
E-Mail: Heidi.Huber@kvb.de

Abrechnung der Dialyse

Zum Bereich „Dialyse“ finden Sie in der folgenden Aufstellung eine Übersicht über die einschlägigen Kostenpauschalen und Leistungen sowie ihre Abrechnungsbesonderheiten. Bitte beachten Sie diese sorgfältig.

Kostenpauschalen, Kapitel 40 EBM, Abschnitt 40.14.

Definition Behandlungswoche und Bestimmungen zu den Kostenpauschalen für die Ferien- und Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort

Definition einer Behandlungswoche

Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (das heißt mindestens drei Hämodialysetage beziehungsweise IPD-Dialysetage oder mindestens vier von sieben Peritonealdialysetage als CAPD beziehungsweise CCPD) durchgeführt werden.

Die Vorverlegung einer Dialyse unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte kann von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Die Dialyse am Sonntag zählt in diesem Fall als erste Dialyse der aktuellen Woche. Für die Berechnung einer Wochenpauschale in der Vorwoche wie auch in der aktuellen Woche müssen in den jeweiligen Wochen mindestens drei Dialysen erbracht worden sein.

Quartalsübergreifende Dialysen

Liegt die Kalenderwoche, in der mindestens drei Dialysen durchgeführt wurden zwischen zwei Abrechnungsquartalen, ist für die Abrechnung der Wochenpauschale das Abrechnungsquartal maßgeblich, in der die letzte Dialyse der Woche durchgeführt wurde.

GOP 40800, 40802, 40804, 40820 (Kostenpauschale je Behandlungswoche), GOP 40810 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei Infektionsdialyse), GOP 40812 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD):

Die Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration) sowie gegebenenfalls die Zuschläge nach den GOPen 40810 und 40812 können erst nach mindestens drei durchgeführten Hämodialysen beziehungsweise nach mindestens vier von sieben durchgeführten Peritonealdialysen abgerechnet werden.

GOP 40801, 40803, 40805, 40806, 40807, 40808 (Kostenpauschale bei Ferien- oder Pendlerdialyse/ Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40821 (Kostenpauschalen Kinderdialyse ferien- oder berufsbedingter Aufenthalt), GOP 40822 (Kinderdialyse – Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40811 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei Infektionsdialyse), GOP 40813 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD): Die Kostenpauschalen für die Ferien- oder Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort sind maximal zweimal pro Woche abrechnungsfähig.

GOP 96660 – interkurrente (stationäre) Dialysesachkostenpauschale:

Die GOP 96660 kann für die interkurrente stationäre Dialyse (je Dialysetag) unabhängig vom Dialysever-

fahren bei allen BKK-, IKK- und LKK-Versicherten abgerechnet werden. Für Versicherte aller anderen Krankenkassen gilt die Regelung zu den Wochenpauschalen (GOP 40800ff.).

Eine interkurrente stationäre Dialyse liegt vor wenn:

- ein Patient im Krankenhaus liegt und das Krankenhaus über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt
- der Grund des stationären Aufenthalts nicht mit der Niereninsuffizienz zusammenhängt

GOP 13602 – Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten:

Die GOP 13602 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135, Absatz 2 SGB V verfügen, einmal im Behandlungsfall (entspricht einer Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Quartal) abrechnungsfähig.

GOP 13610 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- beziehungsweise Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V) und GOP 13611 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD):

Die GOPen 13610 und 13611 können je Dialysetag abgerechnet werden.

GOP 13612 – Zuschlag zu den GOPen 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse:

Die GOP 13612 kann je vollendeter Trainingswoche abgerechnet werden. Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens drei Hämodialysetage oder sieben Peritonealdialysetage.

Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung 5.1 sind in BAGen die Leistungen der einzelnen Schwerpunktabschnitte des Kapitels 13 uneingeschränkt und von Ärzten mit mehreren Zulassungen mit einem Abschlag von zehn Prozent (Allgemeine Bestimmung 6.2.1) berechnungsfähig.

Labor

Solange sich der Kranke in **Dialysebehandlung** befindet, können die Laborleistungen nach den GOPen 32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32065 (Harnstoff), 32066 (Kreatinin (Jaffé-Methode)), 32067 (Kreatinin, enzymatisch), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32081 (Kalium), 32082 (Calcium), 32083 (Natrium), 32086 (Phosphor anorganisch) 32112 (PTT) weder von dem die Dialyse durchführenden, noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die GOP 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die GOP 32036 (Leukozytenzählung).

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Susanne Merten
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 40
E-Mail Susanne.Merten@kvb.de