



## Übersicht der erforderlichen **Abrechnungsbegründungen**

GOP/Sachverhalt	Notwendige Begründung
01100	Uhrzeit
01101	Uhrzeit
01102	Uhrzeit (Ausnahme: gemeldete Samstagssprechstunde)
01205	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01207	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01210	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01212	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01214	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01216	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01218	Uhrzeitangabe vom Beginn des Arzt-Patienten-Kontaktes - gilt auch für Notfallambulanzen
01223	Angabe der gesicherten ICD-10-Codierung gemäß EBM; alternativ ausführliche medizinische Begründung
01224	Angabe der gesicherten ICD-10-Codierung gemäß EBM; alternativ ausführliche medizinische Begründung
01418	Uhrzeitangabe siehe GOP 01210 bis GOP 01218
01470	Bei Erstverordnung mehrerer digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) je Versicherten im Behandlungsfall ist die GOP je Erstverordnung mit Angabe der verordneten DiGA als Begründung berechnungsfähig.
<b>01514</b>	<b>Bei der Gabe von Velmanase alfa</b> Angabe des Körpergewichts des Patienten und bei einem Körpergewicht unter 50 kg Angabe der Infusions- und Überwachungsdauer
01602	Arztnummer oder Arztname des Hausarztes
01731	Angabe, ob Wiederholungsuntersuchung und Angabe der letzten Untersuchung (Jahr)
01758	Behandelnde Frauen- u. Hausärzte: Angabe des programmverantwortlichen Arztes
03008	Angabe der BSNR der Facharztpraxis - FK 5003
03062	Begründung, wenn zeitgleich neben Arztbesuch nach den GOP 01410 bis GOP 01413 und GOP 01418
03063	Begründung, wenn zeitgleich neben Arztbesuch nach den GOP 01410 bis GOP 01413, GOP 01415 und GOP 01418
04008	Angabe der BSNR der Facharztpraxis - FK 5003
04411J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
04413J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
04414J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung



<b>GOP/Sachverhalt</b>	<b>Notwendige Begründung</b>
04415J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
04416J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
04417J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
05230	Wegepauschale neben GOP 05230 ab der zweiten aufgesuchten Praxis am Tag begründen (z.B. weitere Praxis)
06334	Datum der letzten IVOM in das rechte Auge - FK 5034 (OP-Datum)
06335	Datum der letzten IVOM in das linke Auge - FK 5034 (OP-Datum)
06338	Datum der letzten IVOM in das rechte Auge - FK 5034 (OP-Datum)
06339	Datum der letzten IVOM in das linke Auge - FK 5034 (OP-Datum)
06362	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall bei dreimaliger Berechnung im Krankheitsfall
09364	Entlassungsdatum nach stationärer operativer Behandlung
09365	Entlassungsdatum nach stationärer operativer Behandlung
13571J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
13573J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
13574J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
13575J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
13576J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
13577J	Angabe der ICD-10-Codierung der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung
17310	Organangabe
19320	Angabe der Art der antigenen Zielstruktur
19321	Angabe der Art des Rezeptors
25320	Verbale Begründung bei Unterschreiten der Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy
25321	Verbale Begründung bei Unterschreiten der Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy
30130	Uhrzeitangabe, wenn am Tag GOP 30131
30131	Uhrzeitangabe
30201	Ausführliche Begründung bei mehr als zweimaliger Erbringung im Quartal
30706	Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte: Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes
30720	Angabe des betreffenden Nerves oder des betreffenden Ganglions
30791	mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall
Kap. 31.1 vor IVOM	Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur OP-Vorbereitung im Einzelfall
Kap. 31.2	OPS-Angabe. Ausnahme: Für kleine operative Eingriffe bei Kindern in Narkose (GOP 31101, GOP 31221, GOP 31231, GOP 31271 und GOP 31321) wird statt des OPS die abrechnungsbegründende EBM-Ziffer (separates EDV-Feld 5036) des ursprünglichen kleinen Eingriffs (z. B. 02301) angegeben.



<b>GOP/Sachverhalt</b>	<b>Notwendige Begründung</b>
Kap. 31.2 (Revisionen oder Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen)	Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8), wenn innerhalb von 3 Tagen nach der Erst-OP neuerlicher Eingriff abzurechnen ist.
31364	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall
31373	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
31502 nach IVOM	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
Kap. 31.4	OP-Datum
31821 bei IVOM	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
Kap. 34.2.1 bis Kap. 34.2.8	Bei Genehmigung nur im Notfall und Abrechnung auf Überweisung sind Leistungen hinter der GOP eindeutig mit Notfall (NF) zu kennzeichnen
34281	Verbale Begründung, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen.
Kap. 34.4.7	Verbale Begründung, wenn Leistungen des Kap. 34.4.7 neben Leistungen der Kap. 34.4.1 bis 34.4.6 abgerechnet werden.
34470 - 34490	Verbale Begründung, wenn zwei oder mehr Leistungen nach den GOP 34470 bis GOP 34490 in derselben Sitzung nebeneinander abgerechnet werden.
34470 - 34490	Verbale Begründung, wenn GOP 34470 bis GOP 34490 neben Leistungen nach den GOP 34410 bis GOP 34460 und GOP 34492 berechnet werden.
34492	Verbale Begründung, wenn GOP 34410 bis GOP 34460 und GOP 34470 bis GOP 34490 neben der Leistung nach GOP 34492 berechnet werden.
34505	Angabe einer ausführlichen Begründung der medizinischen Notwendigkeit, wenn keine Erkrankung nach ICD C00-D48 oder D50-D90 vorliegt.
Kap. 36.2	OPS-Angabe. Ausnahme: Für kleine operative Eingriffe bei Kindern in Narkose (GOP 36101, GOP 36221, GOP 36231, GOP 36271 und GOP 36321) wird statt des OPS die abrechnungsbegründende EBM-Ziffer (separates EDV-Feld 5036) des ursprünglichen kleinen Eingriffs (z.B. 02301) angegeben.
Kap. 36.2 (Revisionen oder Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen)	Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8), wenn innerhalb von 3 Tagen nach der Erst-OP neuerlicher Eingriff abzurechnen ist.
36364	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall
36373	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
36502 nach IVOM	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
36821 bei IVOM	Ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall
37400	Name des Beraters



<b>GOP/Sachverhalt</b>	<b>Notwendige Begründung</b>
40840	Bei Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen je Zielvolumen höchstens zweimal, unter Angabe einer Begründung höchstens sechsmal berechnungsfähig.
40840	Bei Bestrahlung unter Verwendung von 2-D-Technik höchstens viermal, bei Bestrahlung unter Verwendung von 3-D-Technik höchstens achtmal, insgesamt unter Angabe einer Begründung höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.
40823	Vorverlegung einer Hämodialyse von einem Montag auf den vorherigen Sonntag unter Berücksichtigung sozialer Aspekte mit Angabe einer Begründung.
96501	Angabe der verwendeten Therapieform
96501	Angabe des verwendeten Wirkstoffes
96503	Angabe des verwendeten Wirkstoffes
96505	Angabe des verwendeten Wirkstoffes
96508	Zusatzangabe laut Vertrag
mehrere Patienten-Kontakte am Tag	Uhrzeit (ab dem 2. berechnungsfähigen Patienten-Kontakt am Tag)
Unvollendeter Hausbesuch/Visite	Kann der Arzt eine erforderliche Leistung nach den GOP 01410 bis GOP 01412, GOP 01415 und GOP 01414 aus Gründen, die in der Person des Kranken oder in der Besonderheit des Falles liegen, nicht beenden, so ist neben der Abrechnungsziffer der Zusatz "UV" (für „unvollständig“) anzugeben. Wegepauschalen sind zusätzlich berechnungsfähig.
Koloskopien	Werden neben präventiven oder kurativen Koloskopien weitere Leistungen mit bildgebenden Verfahren erbracht, die mit der Koloskopie nicht im Zusammenhang stehen, sind diese Leistungen unter Angabe einer besonderen Begründung zusätzlich berechnungsfähig.
Laborleistungen	zusätzliche Angaben lt. EBM, siehe separates Infoblatt
ermächtigte Ärzte	zusätzliche Begründungen, wenn auf Grundlage des Ermächtigungsumfanges gefordert
Zweitmeinungsverfahren	Der Zweitmeinungsarzt rechnet jeweils die zutreffende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die GOP für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen ab. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

**Folgende Eingabefelder stehen für diese Forderungen in der Praxis-EDV zur Verfügung:**

- Art der Untersuchung
- Um-Uhrzeit
- freier Begründungstext
- Name des Arztes
- OP-Datum
- OP-Schlüssel
- GOP als Begründung

**Abkürzung:**

IVOM - intravitreale Medikamenteneingabe