

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 2. Quartal 2017

Arztgruppen-EBM

Anästhesist

- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt pro cm²,
je Sitzung

02511 **Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme**

1,16 €
11 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Galvanisation
und/oder
- Reizstrom
und/oder
- Neofaradischer Schwellstrom
und/oder
- Iontophorese
und/oder
- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie
und/oder
- Schwellstromtherapie
und/oder
- Interferenzstromtherapie,
je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 16232, 18310 und 18311 berechnungsfähig.

02512 **Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen**

2,00 €
19 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrostimulation,
- Festlegung der Reizparameter,
je Sitzung

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen

5.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01439, 01450, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01630, 01701, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01852, 01856, 01857, 01903, 01910, 01913, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02360 und 02510 bis 02512.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30800 und 36884, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.7, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33 und 35.
5. Voraussetzung für die Berechnung von anästhesiologischen Gebührenordnungspositionen ist ein im Rahmen der Qualitätssicherung definiertes Narkosemanagement, das die notwendigen fachlichen und personellen Bedingungen (wie z. B. EKG-Monitoring, Ausrüstung zur Reanimations- und Schockbehandlung, Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten für die Überwachungszeit) sowie eine entsprechende fachspezifische Dokumentation beinhaltet.
6. Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandards eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten erforderlich.
7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung

auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

8. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen ist nur berechnungsfähig bei:
 - Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
 - Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
 - Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.
9. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege ist nur berechnungsfähig bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
10. Außer bei den in der Präambel Nr. 8 und 9 genannten Indikationen können Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege nur berechnet werden bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
11. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

5.2 Anästhesiologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
einmal im Behandlungsfall