



EUROPA FACHBUCHREIHE
für Berufe im Gesundheitswesen

**Dr. med. Susanne Nebel,
Bettina Vogedes**

Medizinische Fachangestellte

Patientenbetreuung und Abrechnung

Band 2 – Behandlungsfälle

9. Auflage

Lösungen

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL · Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG
Düsseldorfer Straße 23 · 42781 Haan-Gruiten

Europa-Nr.: 65339

Autoren:

Dr. med. Susanne Nebel, Mettmann
Bettina Vogedes, Mönchengladbach

9. Auflage 2018
Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da bis zur Behebung von Druckfehlern untereinander unverändert.

ISBN 978-3-8085-6908-5

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2018 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
<http://www.europa-lehrmittel.de>

Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86167 Augsburg

4. Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Quartale. Das aktuelle Quartal geht bis zum 31.12., die nächsten drei Quartale enden am 30.9. Dr. Söhnke dürfte die Leistung nach GOP 01821 frühestens am 1.10. des nächsten Jahres wieder abrechnen.
5. Zwei Behandlungsfälle (an jeder Betriebsstätte ein Behandlungsfall), ein Arztfall, zwei Betriebsstättenfälle
6. Bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt treffen sich Arzt und Patient an einem Ort und es geht um die Erkrankung des Patienten. Andere Arzt-Patienten-Kontakte liegen vor, wenn Arzt und Patient miteinander kommunizieren, ohne sich an einem Ort gegenüberzustehen, z. B. wenn Arzt und Patient miteinander telefonieren.
7.
 - a) Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
 - b) Anderer APK
 - c) Persönlicher APK
 - d) Anderer APK
8.
 - a) 19 Jahre: Erwachsener
 - b) 2 Jahre: Kleinkind
 - c) 13 Jahre: Jugendlicher
 - d) 5 Jahre: Kind
 - e) 21 Tage: Neugeborenes
 - f) 5 Wochen: Säugling

Kapitel 5.2.3: Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen (EBM-Bereich III)

1. Ärzte mit ähnlichen Facharztbezeichnungen bzw. Tätigkeitsbereichen, die in einer Präambel im arztgruppenspezifischen Bereich aufgeführt sind
2. Arztgruppenspezifisch bedeutet „auf eine Arztgruppe bezogen“. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen dürfen nur von den Ärzten bzw. Fachärzten abgerechnet werden, die in der Präambel eines arztgruppenspezifischen Kapitels im Bereich III des EBM aufgeführt sind.
3. Im Bereich III mit den Kapiteln 3 bis 27
4.
 - a) Chirurg: Kapitel 7
 - b) Gynäkologe: Kapitel 8
 - c) Fachärztlich tätiger Internist: Kapitel 13
 - d) Augenarzt: Kapitel 6
 - e) Kinderarzt: Kapitel 4
5. Dr. Söhnke (Hausärztin): Kapitel 3
Dr. Helbig (Orthopäde): Kapitel 18
6. Dr. Söhnke darf Gebührenordnungspositionen, die mit 04 anfangen, nicht abrechnen. GOP, die mit 04 anfangen, sind den Kinderärzten vorbehalten.
7. Eine Präambel ist eine Art „Vorwort“, das vor einem Kapitel steht. Die in der Präambel aufgeführten Bestimmungen müssen bei der Berechnung der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen beachtet werden.

- Die Facharztbezeichnungen haben sich im Laufe der Zeit geändert, sodass es heutzutage ein Nebeneinander von alten und neuen Facharztbezeichnungen gibt. Alle Ärzte, die in einer Präambel eines Kapitels im EBM-Bereich III aufgeführt sind, dürfen die nachfolgenden arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen abrechnen.

Kapitel 5.2.4: Arztgruppenübergreifende Gebührenordnungspositionen (EBM-Bereiche II und IV)

- In den Bereichen II und IV bzw. in den Kapiteln 1–2 und 30–38
- Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen dürfen alle Ärzte abrechnen, arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen dürfen Ärzte nur unter bestimmten Voraussetzungen abrechnen.
- Röntgen: Kapitel 34
 - Ultraschall: Kapitel 33
 - Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen: Kapitel 1
 - Labor: Kapitel 32
 - Kleinchirurgische Maßnahmen: Kapitel 2
 - MRT: Kapitel 34
 - Besuche und Notdienste: Kapitel 1
 - Besuche durch Praxismitarbeiter: Kapitel 38
- Die GOP 02100 (Infusion) ist in der Präambel des Kapitels 3 nicht aufgeführt. Deshalb darf Dr. Söhnke diese Gebühr nicht abrechnen. In der orthopädischen Präambel des Kapitels 18 ist diese GOP aufgeführt, deshalb darf Dr. Helbig sie abrechnen.

Kapitel 5.2.5: Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen einer Gebührenordnungsposition

- Obligat bedeutet: zwingend erforderlich. Um eine Gebührenordnungsposition abrechnen zu können, muss der Arzt den obligaten Leistungsinhalt vollständig erfüllen. Fakultativ bedeutet: nicht zwingend erforderlich. Erfüllt ein Arzt neben dem obligaten Leistungsinhalt auch fakultative Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition, kann er diese Leistungen nicht zusätzlich abrechnen.
- In Kapitel 1
 - Für andere APK
 - Nein, die GOP darf nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.
 - Nein, die GOP darf nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.
 - Bei Kleinkindern darf die GOP 01435 zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden.
 - Die GOP 01435 darf im Behandlungsfall nicht neben einer Grundpauschale abgerechnet werden.
 - Nein, das Abholen eines Wiederholungsrezepts stellt keinen mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt dar.
- Hat im Behandlungsfall bereits ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, konnte eine Versicherten- bzw. Grundpauschale abgerechnet werden. Neben Versicherten- bzw. Grundpauschale darf die GOP 01435 nicht abgerechnet werden.

Kapitel 5.2.6: Hierarchie der Gebührenordnungspositionen

1. Einzelleistung: Die GOP umfasst nur eine Leistung; Leistungskomplex: Die GOP umfasst mehrere funktional ähnliche Einzelleistungen; Pauschale: Die GOP umfasst viele verschiedene Einzelleistungen und Leistungskomplexe.
2. Versichertenpauschale: GOP für den ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall eines Hausarztes; Grundpauschale: GOP für den ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall eines Facharztes; Konsiliarpauschale: GOP für den ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall eines Facharztes, der nur auf Überweisung tätig ist.
3. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt
4. Die Ganzkörperuntersuchung ist in der Versichertenpauschale enthalten und kann nicht zusätzlich als Einzelleistung abgerechnet werden.
5. a) Eine Grundpauschale
b) Diese Zusatzpauschale darf erst beim zweiten Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall abgerechnet werden.
6. Die Infusion ist im Reanimationskomplex enthalten.

Kapitel 5.2.7: Kosten und Kostenpauschalen (EBM-Bereich V)

1. a) Dr. Söhnke erhält keine Kostenerstattung. Allerdings erhält sie eine neue Tube Salbe über eine Verordnung als Sprechstundenbedarf. Ärztemuster muss der Arzt dem Patienten kostenfrei aushändigen.
b) Kopien: 3x GOP 40144, Porto: GOP 40122
c) Das Medikament, das Hautdesinfektionsmittel für den Patienten, Tupfer und das Verbandsmaterial bekommt Dr. Söhnke über eine Sprechstundenbedarfsverordnung ersetzt. Die Spritze und die Kanüle gehören zu den Praxiskosten, die nicht zusätzlich berechnet werden dürfen.
d) Die GOP 40142 (Abfassen eines Berichts in freier Form) darf nur bei Berichten oder Bescheinigungen entsprechend der GOP 01620 bis 01622 berechnet werden. Für das Abfassen eines ärztlichen Briefs gemäß GOP 01601 in freier Form ist die Berechnung der GOP 40142 nicht möglich.
2. GOP 86900 (2x)
3. GOP 86901

Kapitel 5.2.8: KV-spezifische Abrechnungsregelungen

1. Aufgrund von internen Vorschriften einer Landes-KV oder KV-Verträgen mit bestimmten gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene
2. DMP-Verträge, Homöopathie-Vertrag, Hausarztverträge, Palliativ-Vertrag, Angebote über zusätzliche präventive Maßnahmen

Kapitel 5.3.1: Aufbau

1. Arbeiter und Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze; Selbstständige, Unternehmer und Freiberufler; beihilfeberechtigte Beamte und ihre Angehörigen
2. Ein Behandlungsvertrag kommt durch Terminvergabe, das Aufsuchen der Praxis und den Beginn der Behandlung zustande.

3. Für den Erlass der GOÄ ist das Bundesministerium für Gesundheit zuständig.
4. Die GOÄ bestimmt die Vergütung für alle ärztlichen Leistungen, es sei denn, ein Bundesgesetz schreibt eine andere Gebührenordnung (z. B. den EBM) vor. Die UV-GOÄ regelt die Leistungsabrechnung im Rahmen der allgemeinen und besonderen Heilbehandlung zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung.
5. Bahnbeamte bei Dienstunfall, Postbeamte bei Dienstunfall, Patienten, die nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz untersucht werden, Patienten nach einem Arbeitsunfall
6. 1. Teil: Paragraphen 1–12, die die Anwendung der GOÄ-Nummern regeln; 2. Teil: Gebührenverzeichnis, das die abrechnungsfähigen Leistungen auflistet

Kapitel 5.3.2: Paragrafenteil

1. Vor Behandlungsbeginn muss eine schriftliche Vereinbarung formuliert werden (Abdingung), die besondere Formvorschriften berücksichtigt.
2. Die Leistung wird entsprechend einer in der GOÄ genannten Leistung berechnet, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand der erbrachten Leistung entspricht.
3. a) 3,58 Euro b) 10,23 Euro c) 7,16 Euro d) 10,23 Euro (je Patient);
e) 10,23 Euro (Das Wegegeld wird zu gleichen Teilen auf die Patienten aufgeteilt.)
4. Bei einer Entfernung bis zu 25 km kann der Arzt beim Besuch einem Patienten für den zurückgelegten Weg ein Wegegeld berechnen. Anstelle des Wegegeldes wird eine Reiseentschädigung berechnet, wenn der Arzt einen Besuch tätigt, bei dem zwischen seiner Praxisstelle und der Besuchsstelle mehr als 25 km liegen.
5. a) 22,40 Euro (2x11,20 Euro) + 51,13 Euro (Abwesenheit bis zu 8 Stunden) = 73,53 Euro
b) 16,64 Euro (64x 0,26 Cent) + 51,13 Euro (Abwesenheit bis zu 8 Stunden) = 67,77 Euro
c) 26,00 Euro (100x 0,26 Cent) + 51,13 Euro (Abwesenheit bis zu 8 Stunden) = 77,13 Euro
d) 254,80 Euro (980x 0,26 Cent) + 102,26 (Abwesenheit von mehr als 8 Stunden) + 89 Euro (Übernachungskosten) = 446,06 Euro

Kapitel 5.3.4: Leistungsvergütung

1. Der Einzelsatz errechnet sich aus der Punktzahl multipliziert mit einem festen Punktwert von 5,82873 Cent.
2. Der Arzt hat das Recht, die einfache Gebühr zu steigern, wenn die Erbringung der Leistung mit Schwierigkeiten, höherem Zeitaufwand oder besonderen Umständen verbunden ist.
3. Überschreitet der Arzt den Schwellensatz (Begründungsschwelle), muss er die Gründe für seine Honorarhöhe schriftlich angeben.
4. Frau Dr. Söhnke kann die Gebühr ohne Angabe einer Begründung bis zum 2,3-fachen Satz (Schwellenwert) steigern. Erst bei einer Überschreitung des Schwellenwertes müssen die Gründe für die Honorarhöhe schriftlich angegeben werden.
5. Persönliche ärztliche Leistungen: Schwellenwert 2,3-facher Satz, Höchstwert 3,5-facher Satz; physikalisch-technische Leistungen: Schwellenwert 1,8-facher Satz, Höchstwert 2,5-facher Satz; Laborleistungen: Schwellenwert 1,15-facher Satz, Höchstwert 1,3-facher Satz
6. Für die Abrechnung der Blutabnahme (GOÄ-Nr. 250*) gilt ein reduzierter Gebührenrahmen. Hier liegt der Schwellenwert beim 1,8-fachen Satz. Bei der Beratung dagegen handelt es sich um eine persönliche ärztliche Leistung mit einem Schwellensatz von 2,3.

7. Der Patient muss sein Einverständnis mit der abweichenden Vergütung durch seine Unterschrift auf der Abdingungserklärung dokumentieren. Die Abdingung erhält den Hinweis, dass die Erstattung der Vergütung durch die entsprechende Erstattungsstelle unter Umständen nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Kapitel 5.3.5: Basistarif

1. Seit 2009 müssen die privaten Krankenversicherungen den sogenannten Basistarif anbieten. Der Beitrag, der im Basistarif von den Versicherten gezahlt werden muss, darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur GKV. Die private Krankenversicherung darf für Patienten, die den Basistarif gewählt haben, keinen Risikozuschlag erheben. Der Umfang der Leistungen ist mit dem der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar.
2. Der Basistarif wird für Patienten angeboten, die sich die Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht (mehr) leisten können. Hierzu zählen beispielsweise Rentner oder Selbstständige mit geringerem Einkommen.
3. Der Leistungsumfang des Basistarifs entspricht in etwa dem der gesetzlichen Krankenkassen.
4. Die Leistungen von Patienten im Basistarif werden nach der GOÄ abgerechnet. Der maximale Steigerungssatz ist niedriger als üblich.

Kapitel 5.3.6: Privatliquidation

1. Unter einer Liquidation versteht man eine Privatrechnung, die dem Patienten nach Abschluss der Behandlung ausgestellt wird.
2. Eine Liquidation muss die folgenden Angaben enthalten: Datum der erbrachten Leistung, Gebührenordnungsnummer, Leistungsbeschreibung, Steigerungssatz, Entgelt je erbrachter Leistung in Euro, Begründung bei Überschreiten des Schwellenwertes.
Bei Entschädigung: Art (Wegegeld oder Reisekosten) und Betrag
Bei Auslagen: Art und Betrag, Quittung bei Auslagen über 25,56 €
3. Der Privatpatient muss das vereinbarte Honorar im vollen Umfang nach Erhalt der Rechnung zahlen, unabhängig davon, ob oder in welcher Höhe die Behandlungskosten erstattet werden.
4. Die Ausstellung der Privatliquidation ist nicht an ein Quartal gebunden und kann jederzeit erfolgen.

Kapitel 6.1.1: Versichertenpauschalen des Hausarztes

1. GOP 03000 (reguläre Versichertenpauschale)
2. a) GOP 03000 (reguläre Versichertenpauschale)
b) GOP 03030 (Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme) + GOP 01100
c) GOP 03000 (reguläre Versichertenpauschale)
d) GOP 03000 (Nach den Vorschriften der KV liegt keine unvorhergesehene Inanspruchnahme vor, da es noch vor 19 Uhr ist.)
3. Die GOP 03030, die am 2.9. um 20 Uhr abgerechnet werden konnte, muss am nächsten Tag wieder gestrichen werden, da für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nun die GOP 03000 abgerechnet werden kann. Am 2.9. kann die GOP 01100 stehen bleiben.

Kapitel 6.1.2: Vorhaltepauschale und Zuschläge für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

1. a) GOP 03040 wird zugesetzt, da typische hausärztliche Tätigkeiten durchgeführt werden.
b) GOP 03040 wird zugesetzt, da Fr. Dr. Söhnke typisch hausärztlich tätig ist.
c) GOP 03040 wird nicht zugesetzt, da Fr. Dr. Söhnke Akupunkturleistungen durchführt.
d) GOP 03040 wird zugesetzt, da typisch hausärztlich behandelt wird.
2. a) 700 Behandlungsfälle
b) 120 Behandlungsfälle
c) Sie muss verschiedene Module des Zertifizierungskurses absolvieren.

Kapitel 6.1.3: Chronikerpauschalen und Gesprächsleistungen

1. a) Nicht abrechenbar, da die Krankheit erst seit einem halben Jahr besteht.
b) Abrechenbar, da Frau Kerber während des Besuchs bei ihrer Tochter einen Arzt aufgesucht hat.
c) Abrechenbar, die Dokumentation der Betreuung durch einen anderen Hausarzt erfolgt im Bereich der KV Nordrhein durch den Zusatz des Buchstabens „H“ hinter der GOP 03220 bzw. 03221.
d) Abrechenbar, Dokumentation muss durch Zusatznummer bei der Abrechnung vermerkt werden.
e) Nicht abrechenbar, da nur ein persönlicher APK in den letzten 4 Quartalen stattfand.
f) Nicht abrechenbar, da die Schmerztherapie keine typische Leistung des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist und somit die Vorhaltepauschale nicht berechnungsfähig ist.
2. a) ein Mal
b) ein Mal
c) zwei Mal

Kapitel 6.1.4: Besondere Leistungen

1. 03000, 03220, 03321 (**Anmerkung:** auf die Angabe der GOP 03040 wird im Folgenden verzichtet, da sie von der zuständigen KV automatisch zugesetzt wird.)
2. 11.1.: GOP 03000
12.1.: GOP 03322 (Aufzeichnung Langzeit-EKG) und GOP 03241 (Computerauswertung Langzeit-EKG)
3. 2.8.: GOP 03000
3.8.: GOP 03324 (Langzeitblutdruckmessung)
9.8.: –
4. 31.1.: GOP 03000 und GOP 03330
5. GOP 03221 und 2x GOP 03355

Kapitel 6.1.5: Hausärztlich-geriatrische und palliative Versorgung

1. a) GOP 03000, 03220, 03230, 03360 (ICD10: F01.1)
b) GOP 03221, 03362 (ICD10: F01.1)
2. a) GOP 03000, 03370, 03371
b) GOP 01410, 03372 x2
c) GOP 01411, 03373

Kapitel 6.2.1: Nicht-persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

1. a) GOP 01430
b) GOP 01435
c) –
d) Nur GOP 01732 für die Gesundheitsuntersuchung (Eine Versichertenpauschale darf bei ausschließlich präventiven Leistungen nicht abgerechnet werden.)
e) GOP 03000
f) GOP 03000
g) –
2. a) GOP 01435
b) GOP 03000 (Es liegt keine unvorhergesehene Inanspruchnahme vor, da Dr. Söhnke eine Abendsprechstunde hält.)
c) GOP 03000
d) GOP 01435
e) GOP 03000
f) GOP 01415 (dringender Besuch im Altenheim) und GOP 03030 (Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme) und Wegegeld
g) GOP 01430
3. a) 2.3.: GOP 03000
3.3.: –
5.3.: –
b) 21.5.: GOP 01100 (unvorhergesehene Inanspruchnahme) und GOP 03030 (Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme)
22.5.: GOP 03000 (GOP 03030 vom Vortag muss gestrichen werden.)
c) 3.7.: GOP 01430 (Verwaltungskomplex)
24.7.: GOP 01435 (Die GOP 01430 vom 3.7. muss nun gestrichen werden, da der Verwaltungskomplex im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig ist.)
d) 4.9.: 15 Uhr: GOP 01435
4.9.: 16 Uhr: GOP 01435 (Bei Kindern darf die GOP 01435 zweimal im Behandlungsfall berechnet werden.)
e) 16.12.: GOP 03000
18.12.: –

4. Ein Mal
5. a) GOP 01439 (mittelbarer APK im Rahmen der Videosprechstunde) und 01450 (technische Voraussetzungen)
b) Die Videosprechstunde bei Herrn Michel ist nicht berechnungsfähig, da der Patient zuvor mit seiner Erkrankung nicht persönlich von Dr. Söhnke untersucht wurde.
c) Dann muss die GOP 01439 wieder gestrichen werden, da sie im Behandlungsfall nicht neben anderen GOP außer der GOP 01450 abgerechnet werden darf.

Kapitel 6.2.2: Schriftliche Mitteilungen

1. Das Ausfüllen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist in der Versichertenpauschale enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. GOP 01622 und GOP 40142
3. GOP 01601 und GOP 40120
4. GOP 01630
5. Dr. Söhnke darf den Medikationsplan nicht berechnen, da die GOP 01630 im Krankheitsfall nur von einem Arzt abgerechnet werden darf.
6. GOP 03000 und GOP 03220. Die GOP 03222 für den Medikationsplan wird von der KV automatisch zugesetzt.
7. GOP 03221 und GOP 03362. Der Medikationsplan ist in der GOP 03362 enthalten.

Kapitel 6.2.3: Abrechnung von Leistungen aufgrund einer Überweisung nach Muster 6

1. GOP 01436 (Konsultationspauschale) und GOP 34232 (Röntgen des Fußes)
2. GOP 03000 (mit 50 %-igem Abschlag) – (**Anmerkung:** Bei einer Auftragsleistung zu Leistungen aus dem Anhang 1 kann die reguläre Versichertenpauschale mit einem Abschlag von 50 % abgerechnet werden.)
3. GOP 01436 (Konsultationspauschale) und GOP 03321 (Belastungs-EKG)

Kapitel 6.2.4: Psychosomatische Grundversorgung

1. Psychische Probleme äußern sich in körperlichen Beschwerden.
2. Psychotherapie erfolgt durch Psychotherapeuten in Form von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Psychosomatische Grundversorgung übernehmen Hausärzte zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung und in Form von verbaler Intervention.
3. Sie benötigen die Zusatzbezeichnung „Psychosomatische Grundversorgung“.

Kapitel 6.2.5: Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen

1. GOP 37105
2. GOP 37105 und GOP 37113
3. GOP 37100
4. Frau Altenburger: GOP 37102; Herr Krämer: GOP 37102 und GOP 37113
5. nur bei Herrn Krämer die GOP 37113
6. GOP 37120

Kapitel 6.4.2: Beratung und Untersuchung

1. GOÄ-Nrn. 3 und 7
2. 25.2.: GOÄ-Nrn. 1 (Beratung) + 8 (Ganzkörperstatus),
27.2.: GOÄ-Nr. 1 (Beratung)
1.3.: GOÄ-Nr. 1 (Beratung)
4.3.: GOÄ-Nr. 1 (Beratung)
3. GOÄ-Nrn. 1, 5 und K1 (**Anmerkung:** Die Abrechnung der GOÄ-Nr. 4 für die Erhebung einer Fremdanamnese ist nur bei entsprechend schweren Krankheitsbildern möglich, z.B. bei körperbehinderten Kindern.)
4. GOÄ-Nr. 2
5. GOÄ-Nrn. 1, 8 und 11
6. Abrechnung nach dem EBM: 13.8.: GOP 18210; 14.8.: –; 31.8.: GOP 18310
Abrechnung nach der GOÄ: 13.8.: GOÄ-Nrn. 1, 7, K1; 14.8.: GOÄ-Nrn. 1, 5, K1; 31.8.: GOÄ-Nrn. 1, 5, K1

Kapitel 6.4.3: Spezielle Leistungen bei lebensverändernden und chronischen Krankheiten

1. GOÄ-Nr. 34
2. GOÄ-Nr. 15
3. GOÄ-Nr. 33

Kapitel 6.4.4: Injektionen und Infusionen

1. GOÄ-Nrn. 1, 5, 253
2. Neben der GOÄ-Nr. 3 darf die intravenöse Injektion nach GOÄ-Nr. 253 nicht berechnet werden. Entweder kann Dr. Söhnke nur die eingehende Beratung nach der GOÄ-Nr. 3 abrechnen oder die einfache Beratung nach GOÄ-Nr. 1 zusammen mit der Injektion nach GOÄ-Nr. 253. Beide Varianten ergeben 150 Punkte.
3. a) Falls am 30.9. die Infusion aufgrund einer anderen Erkrankung erfolgt, ist die Abrechnung korrekt, da dann zwei verschiedene Behandlungsfälle vorliegen.
b) Liegt nur ein Behandlungsfall vor, können am 30.9. die GOÄ-Nrn. 1 und 5 nicht erneut neben der GOÄ-Nr. 272 abgerechnet werden. Es empfiehlt sich, auf die Abrechnung der GOÄ-Nrn. 1 und 5 mit insgesamt 160 Punkten zu verzichten, da die Infusion nach GOÄ-Nr. 272 mit 180 Punkten vergütet wird.

Kapitel 6.4.5: Internistische Untersuchungen

1. EBM: GOP 03000, 03330; GOÄ: Nrn. 1, 7, 605, 605a
2. EBM: GOP 03000, 03220, 03221, 03322, 03241, 2 x 03230
GOÄ: Nrn.: 1, 7, 651, 659 (27.4.); Nr. 3 (30.4.)
3. EBM: GOP 03000, 03220, 03221, 03321, 03324, 03230
GOÄ: Nrn. 1, 5 (1.7.); Nrn. 652, 654 (10.7.); Nr. 3 (11.7.)

Kapitel 6.4.6: Schriftliche Mitteilungen

1. GOÄ-Nr. 75
2. GOÄ-Nr. 70
3. GOÄ-Nr. 70

Kapitel 6.4.7: Strahlendiagnostik und physikalische Therapie

1. GOÄ-Nr. 5110
2. GOÄ-Nr. 506
3. a) GOÄ-Nrn. 1, 7, 252
b) GOÄ-Nrn. 1, 5, 5105
c) GOÄ-Nrn. 1, 5 (Anmerkung: GOÄ-Nr. 536 für die Heißluft darf neben den GOÄ- Nrn. 1 und 5 im Behandlungsfall nicht mehr abgerechnet werden.)

Kapitel 7.1: Behandlung außerhalb der Sprechstunde oder in der Samstags-sprechstunde

Aufgaben-Nr.	Zeiten	Abrechnung nach dem EBM	Abrechnung nach der GOÄ
1	Mittwochnachmittag 16 Uhr	GOP 01435	GOÄ-Nr. 3 und Zuschlag A
2	a) Montag, 1.1. um 6.30 Uhr b) Dienstag, 2.1. um 20 Uhr c) Mittwoch, 3.2. um 18 Uhr d) Donnerstag, 4.1. um 23 Uhr e) Samstag, 6.1. um 19 Uhr f) Sonntag, 7.1. um 15 Uhr	GOP 01101 GOP 01100 GOP 01435 GOP 01101 GOP 01101 GOP 01100	GOÄ-Nr. 1, Zuschläge D und B GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag B GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag A GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag C GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag D GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag D
3	Sonntagabend um 21.30 Uhr Montagssprechstunde	GOP 01101 GOP 03000	GOÄ-Nrn. 1, Zuschläge D und B GOÄ-Nrn. 1 und 5
4	Donnerstag um 23 Uhr	GOP 01101	GOÄ-Nr. 3 und Zuschlag C
5	10.1. 13.1.	GOP 01435 GOP 03000, 03230, 01102	GOÄ-Nr. 2 GOÄ-Nrn. 3, 6 und Zuschlag D x 0,5
6	Freitagabend um 21 Uhr Samstagssprechstunde	GOP 03030 , 01100 GOP 03000, 01102	GOÄ-Nrn. 1, 5 und Zuschlag B GOÄ-Nrn. 1, 5 und Zuschlag D x 0,5
7	Samstagssprechstunde Samstag um 19.30 Uhr	GOP 03000, 03230, 01102 GOP 01101	GOÄ-Nrn. 3, 8 und Zuschlag D x 0,5 GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag D
8	24.12. um 15 Uhr 25.12. um 12 Uhr	GOP 01100 GOP 01100	GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag A GOÄ-Nr. 1 und Zuschlag D
9	Montag um 20 Uhr Montag um 23 Uhr	GOP 03030 (falls es sich um den ersten APK handelt), GOP 01100 GOP 01101	GOÄ-Nr. 1 und 7, Zuschlag B GOÄ-Nrn. 1 und Zuschlag C

Kapitel 7.2.1: Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen

1.	Zeiten	Abrechnung nach dem EBM
a)	Freitag um 18.30 Uhr	GOP 01210 (18.30 Uhr)
b)	Mittwoch um 15 Uhr	GOP 01214 (15.00 Uhr)
c)	31.12. um 19.30 Uhr	GOP 01218 (19.30 Uhr)
d)	Sonntag um 14 Uhr	GOP 01212 (14.00 Uhr)
e)	Freitag um 22.30 Uhr	GOP 01212 (22.30 Uhr)
f)	Dienstag um 19.00 Uhr	GOP 01216 (19.00 Uhr)
	Dienstag um 22.00 Uhr	GOP 01212 (22.00 Uhr)
g)	Samstag um 11 Uhr	GOP 01212 (11.00 Uhr)
h)	24.12. um 10 Uhr	GOP 01212 (10.00 Uhr)
i)	Freitag, den 12.12. um 23 Uhr	GOP 01212 (23.00 Uhr)
	25.12. um 13 Uhr	GOP 01216 (13.00 Uhr)
j)	Sonntag um 16 Uhr	GOP 01212 (16.00 Uhr)
	Sonntag um 21 Uhr	GOP 01218 (21.00 Uhr)
k)	Sonntag um 10 Uhr	GOP 01212 (10.00 Uhr)

2. Abrechnung: Samstag um 11 Uhr: GOP 01212 (11.00 Uhr), Samstag um 18 Uhr: GOP 01216 (18.00 Uhr)

Kapitel 7.2.2 Schweregradzuschläge

- 01212 (23 Uhr), 01224, I80.2LG (ICD-10-Code für die tiefe Beinvenenthrombose)
- 01210 (18 Uhr), 32027, 01223, I20.8G (ICD-10-Code für stabile Angina pectoris)
 - 01218 (22.30 Uhr)
- 01212 (20 Uhr), 01224, I10.01G (ICD-10-Code für die hypertensive Krise)
- 01214 (18 Uhr), 01212 (22 Uhr), 01226, J00G (ICD-10-Code für die fieberhafte Rhinitis)

Kapitel 7.2.3 Abklärungspauschalen

- 01210 (18 Uhr)
 - 01205 (18 Uhr)
 - 01212 (20 Uhr), 01224, J15G (ICD-10-Code für die Pneumonie)
 - 01207 (20.30 Uhr)
- 01218 (2 Uhr)

Kapitel 7.2.4 Reanimation

1. EBM: GOP 01102, 01220, 01221, 01222
GOÄ: Nrn.: 5, Zuschlag D (Steigerungsfaktor 0,5), 429, 430, 431, 253 (oder 261), 272

Kapitel 7.3.1 Planbare Besuche (EBM)

1. a) Herr Wunderlich: Besuch; Frau Wunderlich: Mitbesuch (oder umgekehrt!)
b) Frau Wunderlich Senior: Besuch
c) Frau Stein: Besuch
d) Bei einem der Kinder: Besuch; bei allen anderen: Mitbesuch
e) Frau Röcher: kein Besuch
2. Herr Huber: GOP 03000, 03220, 01410, 37105
Herr Rudolf: GOP 03000, 03220, 01413, 37105, 37113

Kapitel 7.3.2 Dringende Besuche und Besuche im organisierten Not(fall-)dienst (EBM)

1. a) 01412 e) 01413
b) 01418 (23 Uhr) f) 01412
c) 01410 g) 01410
d) 01415

Kapitel 7.3.3 Fahrtkosten (EBM)

1. Eine Wegepauschale wird für Fahrten bis 2 Kilometer gezahlt, ab 3 Kilometer wird ein Wegegeld gewährt.
2. Im Bereich der KV Nordrhein: Im Bereich der KV Niedersachsen:
a) 3 DKM a) 40222
b) – b) –
c) – c) 40220
d) N d) 40226
e) N, 3 DKM e) 40228

Kapitel 7.3.4 Delegierte Besuche (EBM)

1. (Hinweis: Auf die Angabe der Zuschläge nach GOP 03064 und 03065 wird verzichtet, da diese von der KV automatisch zugesetzt werden.)
a) Herr Lorenz: GOP 03062; Frau Lorenz: GOP 03063 (oder umgekehrt!)
b) Herr Rosental: GOP 38100; Frau Rosental: GOP 38105 (oder umgekehrt!)
c) Herr Schneider: GOP 03062; Frau Schneider: GOP 03063 (oder umgekehrt!)
d) Herr Tissen: GOP 38100 und 38200; Frau Tissen: GOP 38105 und 38205 (oder umgekehrt!)
e) Herr Rosental: GOP 38100; Frau Rosental: GOP 38105 (oder umgekehrt!)
f) Herr Weingart: GOP 38100 und 38202, Frau Weingart: GOP 38105 und 38207 (oder umgekehrt!)
2. Fahrtkosten sind in den Gebührenordnungspositionen der Besuche enthalten und dürfen nicht gesondert berechnet werden.

Kapitel 7.3.5 Begleiten und Verweilen (EBM)

1. Dr. Söhnke (Hausärztin): Da nur die GOP 01416 in der hausärztlichen Präambel (Kapitel 3) aufgeführt ist, dürfen Hausärzte die Begleitung nach GOP 01416 abrechnen, aber nicht die GOP 01440 für ein Verweilen außerhalb der Praxis.
Dr. Helbig (Orthopäde): Beide GOP sind in der orthopädischen Präambel (Kapitel 18) aufgeführt und dürfen dementsprechend durch Orthopäden abgerechnet werden.
2. 2 x GOP 01416
3. 2 x GOP 01440

Kapitel 7.3.6 Planbare Besuche (GOÄ)

1. a) 50
b) 51
c) 48, 5
d) 48, 5
2. 50, 7 (**Anmerkung:** Die GOÄ-Nr. 3 darf nicht abgerechnet werden, da sie nicht neben der Nummer 50 stehen darf.)

Kapitel 7.3.7 Dringende Besuche (GOÄ)

1. Neben den GOÄ-Nrn. 45 bis 62
2. a) Zuschlag E
b) Zuschlag G
c) Zuschlag H
d) Zuschläge F, H, K2
e) Zuschlag F
3. Es darf beim Mitbesuch nach GOÄ-Nr. 51 nur der halbe Gebührensatz für die Zuschläge berechnet werden.

Kapitel 7.3.8 Wegegeld (GOÄ)

1. Sie darf bei dem Privatpatienten nur den 8. Teil des Wegegeldes in Rechnung stellen.
2. a) 3,58 €
b) 10,23 €

Kapitel 7.3.9 Besuche durch nicht-ärztliches Personal (GOÄ)

1. Das Wegegeld ist in der GOÄ-Nr. 52 bereits enthalten, es darf nur der einfache Gebührensatz abgerechnet werden.
2. Für beide jeweils die GOÄ-Nr. 52

Kapitel 7.3.10 Begleiten und Verweilen (GOÄ)

Aufgaben-Nr.	Name	Abrechnung nach dem EBM	Abrechnung nach der GOÄ
1	Gerda Hirsch	GOP 03062	GOÄ-Nr. 52
2	Heinrich Ulbrich Dagmar Ulbrich	GOP 01410 + 4 DKM (40222) GOP 01413	GOÄ-Nr. 50 + Wegegeld 0,5x 6,65 € GOÄ-Nr. 51 + Wegegeld 0,5x 6,65 €
3	Anastasia Ricke Friedhelm Bock	GOP 01410 + 8 DKM (40224) GOP 01413	GOÄ-Nrn. 5, 48 + Wegegeld 0,5x 10,23 € GOÄ-Nrn. 5, 48 + Wegegeld 0,5x 10,23 €
4	Altfried Kowalski Sieglinde Weilers	GOP 01410 + 8 DKM (40224) GOP 01413	GOÄ-Nrn. 48, 8 + Wegegeld 0,5x 10,23 € GOÄ-Nrn. 48, 7 + Wegegeld 0,5x 10,25 €
5	Torsten Müller-Lüdenscheid	GOP 01212 (17.00 Uhr), 01418 (17.00 Uhr) + 4 DKM (40222)	GOÄ-Nr. 50, Zuschlag H + Wegegeld 6,65 €
6	Konstanze Mehring	GOP 03000, 01411 + 11 DKM (40224)	GOÄ-Nrn. 7, 50, Zuschlag H + Wegegeld 15,34 €
7	Otto Kirchner	GOP 03000, 01412, 2x 01416 (40220)	GOÄ-Nrn. 50, 55, E + 3,58 €
8	Anna-Lena	GOP 03030, 01412N (40226) (Anmerkung: Die KV Nordrhein akzeptiert hier auch die Abrechnung der regulären Versichertenpauschale GOP 03000)	GOÄ-Nrn. 7, 50, Zuschläge G, H, K 2 + Wegegeld 7,16 €
9 a)	Frau Altenburger Herr Krämer	GOP 01410, 03000, 03220, 03230, 37105 GOP 01413, 03000, 03220, 03230, 37105, 37113	GOÄ-Nr. 48, 8, Wegegeld: 3,58 € : 2 GOÄ-Nr. 48, 8, Wegegeld: 3,58 € : 2
9 b)	Frau Altenburger Herr Krämer	GOP 03062 GOP 03063	GOÄ-Nr. 52 GOÄ-Nr. 52

9 c)	Frau Altenburger	GOP 18212, 01410, 37102	GOÄ-Nr. 48, 7, Wegegeld: 3,58 € : 2
	Herr Krämer	GOP 18212, 01413, 37102, 37113	GOÄ-Nr. 48, 7, Wegegeld: 3,58 € : 2
9 d)	Frau Altenburger	GOP 38100, 38200	GOÄ-Nr. 52
	Herr Krämer	GOP 38105, 38205	GOÄ-Nr. 52

Kapitel 8.1: Empfängnisregelung

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)
2. Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden
3. Beratung über Möglichkeiten der Empfängnisregelung,
vor der 1. Verordnung von Antikonceptiva: Anamnese, gynäkologische Untersuchung, Blutdruckmessung, zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs,
während der Einnahme: regelmäßige Kontrolluntersuchungen,
Verordnung des Medikaments möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten,
jährlicher Chlamydien-Schnelltest bei sexuell aktiven Frauen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres
4. GOP 01820 (z. B. Wiederholungsrezept für die Pille), GOP 01821 (Beratung), GOP 01822 (Beratung und Untersuchung), GOP 01828 (Bestimmung des Röteln-Antikörper-Titers), GOP 01840 (Chlamydien-Test)
5. GOP 01820
6. GOP 01821
7. GOP 01822, 01828
8. GOÄ-Nr. 3

Kapitel 8.2: Laboruntersuchungen

1. In ein ärztliches Honorar und in eine Kostenerstattung für die technische Durchführung
2. In der eigenen Praxis bzw. direkt am Patienten, in der Laborgemeinschaft, in einem Fremd- bzw. Speziallabor
3. Durch die Gewährung eines Wirtschaftlichkeitsbonus.
4. Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird gekürzt oder gar nicht gewährt.
5. a) Bei Krankheiten oder Untersuchungsindikationen mit einer Kennnummer existieren Laboruntersuchungen, die nicht zur Gesamtmenge an Laboruntersuchungen gezählt werden.
b) Die Kennnummern werden in die Abrechnungsunterlagen des Patienten eingetragen.
6. a) Kennnummer 32022
b) GOP 32025 (Glukose, direkt am Patienten), 32057 (Glukose), 32066 (Kreatinin), 32135 (Urin-Mikroalbumin)