



Diabetischer Fuß (E14.7 ICD-10-GM 2009)

GKV-Abrechnung					Privatliquidation	
EBM 2009	Prüfzeit in Minuten	Punkte	Orientierungswert*	Leistungen für Hausärzte Leistungen für fachärztlich tätige Internisten	GOÄ'96	Einfacher Satz
01100	-	555	19,43 €	■ Unvorhergesehene Inanspruchnahme zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 7 und 19 Uhr	A bis H	4,08 bis 19,82 €
01101	-	885	30,98 €	■ Unvorhergesehene Inanspruchnahme zwischen 22 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 19 und 7 Uhr		
01102	-	285	9,98 €	■ Inanspruchnahme an Samstagen zwischen 7 und 14 Uhr		
01210	-	445	15,58 €	■ Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst	A bis D	4,08 bis 12,82 €
01214	-	110	3,85 €	■ Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst außerhalb der in 01216 und 01218 angegebenen Zeiten	A bis D	4,08 bis 12,82 €
01216	-	365	12,78 €	■ Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 7 und 19 Uhr.	A bis D	4,08 bis 12,82 €
01218	-	445	15,58 €	■ Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 22 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 19 und 7 Uhr	A bis D	4,08 bis 12,82 €
01410	15	440	15,40 €	■ Besuch, nicht neben 01100 bis 01102	50	18,65 €
01411	-	1.325	46,38 €	■ Dringender Besuch, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 7 und 19 Uhr und/oder Besuch im organisierten Notfalldienst	50 plus E bis H	27,98 bis 44,88 €
01412	-	1.770	61,95 €	■ Dringender Besuch, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 22 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, 24. und 31. Dezember zwischen 19 und 7 Uhr oder bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume	50 plus E bis H"	27,98 bis 44,88 €
01413	5	215	7,53 €	■ Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie), beschützenden Einrichtung oder Heim mit Pflegepersonal	51 gegebenenfalls plus E bis H	14,57 bis 27,69 €
01415	-	1.545	54,08 €	■ Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen oder Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt	50 plus E bis H	27,98 bis 44,88 €
01420	3	265	9,28 €	■ Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege	-	-
01430	-	35	1,23 €	■ Verwaltungskomplex	2	1,75 €
01435	-	250	8,75 €	■ Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	1	4,66 €
01436	-	50	1,75 €	■ Konsultationspauschale für Auftragsleistungen oder Überweisungen zu bestimmten Leistungen aus Kapitel 31 anstelle der Versicherten- und Grundpauschale	Leistung nicht vergleichbar	-
02300	3	160	5,60 €	■ Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation. Bei mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) können 02300 bis 02302 mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnet werden.	Leistung nicht vergleichbar	-
02301	6	365	12,78 €	■ Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht. Bei mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) können 02300 bis 02302 mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnet werden.	Leistung nicht vergleichbar	-
02302	10	675	23,63 €	■ Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern. Bei mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) können 02300 bis 02302 mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnet werden.	Leistung nicht vergleichbar	-
02310	9	580	20,30 €	■ Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)	2006	3,67 €
02311	5	395	13,83 €	■ Behandlung des diabetischen Fußes	2006	3,67 €
02313	3	160	5,60 €	■ Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem	Leistung nicht vergleichbar	-
03111	20	900	31,50 €	■ Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr	Teilleistungen einzeln zu berechnen	-
03112	23	1.020	35,70 €	■ Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
03121	10	450	15,75 €	■ Versichertenpauschale bei Vertretung oder Überweisung von Hausärzten für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr		
03122	12	535	18,73 €	■ Versichertenpauschale bei Vertretung oder Überweisung von Hausärzten für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
03212	20	495	17,33 €	■ Zuschlag zu Versichertenpauschalen 03110 bis 03112 bei schwerer chronischer Erkrankung	-	-
13211	17	570	19,95 €	■ Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr	Teilleistungen einzeln zu berechnen	-
13212	18	610	21,35 €	■ Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
13250	11	445	15,58 €	■ Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung Ganzkörperstatus und/oder Belastungs-EKG und/oder Langzeit-EKG und/oder Langzeitblutdruckmessung und/oder Spirografie und/oder Blutgasbestimmung und/oder Prokto-/Rektoskopischer Komplex und/oder Allergologische Basisdiagnostik	Teilleistungen einzeln zu berechnen zum Beispiel: 8, 652, 654, 659	-
13291	17	570	19,95 €	■ Grundpauschale Angiologie für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr	Teilleistungen einzeln zu berechnen	-
13292	18	585	20,48 €	■ Grundpauschale Angiologie für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
13300	36	1.735	60,73 €	■ Zusatzpauschale Angiologie		
13301	2	190	6,65 €	■ Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	A796	8,68 €
13310	5	715	25,03 €	■ Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine (nur Angiologen!)	Leistung nicht vergleichbar	-
32001	-	48	-	■ Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für Hausärzte	-	-
		20 bis 240	-	■ Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für fachärztlich tätige Internisten je nach Schwerpunkt	-	-
32022	-	-	-	■ Kennnummer für „Manifestes Diabetes mellitus“	-	-
32025	-	-	1,60 €	■ Glukose	3560	2,33 €
32042	-	-	0,25 €	■ BSG	3501	3,50 €
32030	-	-	0,50 €	■ Orientierende Untersuchung	3511	2,91 €
33061	7	305	10,68 €	■ Sonografie extremitätenver- und entsorgende Gefäße mit Doppler-Technik	644	10,49 €
33072	14	735	25,73 €	■ Sonografie extremitätenver- und entsorgende Gefäße mit Duplex-Verfahren	410 plus 1 - 3 mal 420 plus 401	34,97 bis 48,95 €
33075	-	175	6,13 €	■ Zuschlag zu 33070 bis 33074 als farbcodierte Untersuchung	analog 401	23,31 €
33076	6	245	8,58 €	■ Sonografische Untersuchung der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens acht Beschallungsstellen	analog 410	11,66 €

* errechnet durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Orientierungswert von 3,5001 Cent. Bedingungen und Leistungsausschlüsse der einzelnen Ziffern finden Sie unter: www.kbv.de.

fällt nicht ins Regelleistungsvolumen