

# Prophylaktische Gerinnungshemmung (Z29.9 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 gegebenfalls 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 €
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	-
01600	1	110	3,85 €	■ Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	-	-
01601	2	210	7,35 €	■ Individueller Arztbrief	75	7,58 €
01602	-	35	1,23 €	■ Kopie von Brief oder Bericht für Hausarzt	Leistung nicht vergleichbar	tatsächliche Kosten ansetzen
03110	22	1.000	35,00 €	■ Versichertenpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	Teilleistungen einzeln zu berechnen	
03111	20	900	31,50 €	■ Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr		
03112	23	1.020	35,70 €	■ Versichertenpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		
03120	11	500	17,50 €	■ Versichertenpauschale bei Vertretung oder Überweisung von Hausärzten für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr		
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		
03130	-	480	16,80 €	■ Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19 und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt höchstens zweimal im Behandlungsfall		
03240	10	370	12,95 €	■ Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	-	-
03321	10	565	19,78 €	■ Belastungs-EKG	652	25,94 €
03324	5	220	7,70 €	■ Langzeit-Blutdruckmessung	654	8,74 €
13210	10	350	12,25 €	■ Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	Teilleistungen einzeln zu berechnen	
13211	17	570	19,95 €	■ Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr		
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 Fachinternisten mit Schwerpunkt rechnen die Pauschalen und Leistungen ihres Schwerpunktes ab!	Teilleistungen einzeln zu berechnen z.B.: 8, 652, 654, 659	
13251	10	565	19,78 €	■ Belastungs-EKG als Definitionsauftrag	652	25,94 €
13254	5	220	7,70 €	■ Langzeit-Blutdruckmessung als Definitionsauftrag	654	8,74 €
32001	-	48	-	■ Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für Hausärzte	-	-
	20 bis 240	-	-	■ Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für fachärztlich tätige Internisten je nach Schwerpunkt	-	-
32015	-	-	-	■ Kennnummer für: „Orale Antikoagulantientherapie“	-	-
32025	-	-	1,60 €	■ Glukose	3560	2,33 €
32026	-	-	4,70 €	■ TPZ (Thromboplastinzeit, Quickwert)	3530	6,99 €
32042	-	-	0,25 €	■ BSG	3501	3,50 €
32030	-	-	0,25 €	■ Orientierende Untersuchung	3511	2,91 €
33020	12	760	26,60 €	■ Echokardiografie mittels M-Mode und B-Mode	423	29,14 €
33021	15	795	27,83 €	■ Doppler-Echokardiografie mittels PW- und/oder CW-Doppler	-	-
33022	16	950	33,25 €	■ Doppler-Echokardiografie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung	424 plus 406	52,46 €
33040	9	360	12,60 €	■ Sonografie der Thoraxorgane mittels B-Mode	410	11,66 €
33060	15	810	28,35 €	■ Sonografie hirnversorgende Gefäße mit Doppler-Technik	645	37,89 €
33061	7	305	10,68 €	■ Sonografie extremitätenver- und entsorgende Gefäße mit Doppler-Technik	644	10,49 €
33070	21	1160	40,60 €	■ Sonografie extrakranielle hirnversorgende Gefäße mit Duplex-Verfahren	410 plus 1 - 3 mal 420 plus 401	34,97 bis 48,95 €
33071	16	705	24,68 €	■ Sonografie intrakranielle hirnversorgende Gefäße mit Duplex-Verfahren		
33072	14	735	25,73 €	■ Sonografie extremitätenver- und entsorgende Gefäße mit Duplex-Verfahren		
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 €
40120	-	-	0,55 €	■ Pauschale für den Versand von Briefen bis 20 g	-	tatsächlich entstandene Kosten
40144	-	-	0,13 €	■ Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses	-	tatsächlich entstandene Kosten

\* errechnet durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent.  
Bedingungen und Leistungsausschlüsse der einzelnen Ziffern finden Sie unter: [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

■ fällt nicht ins  
Regelleistungsvolumen