

# Thrombose (I82.9 ICD-10-GM 2009)

GKV-Abrechnung						Privatliquidation	
EBM 2009	Prüfzeit in Minuten	Punkte	Orientierungswert*	Leistungen für Hausärzte Orthopäden	Leistungen für fachärztlich tätige Internisten	GOÄ'96	Einfacher Satz
<b>Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen</b>							
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			
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			
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			
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 Praxis am 24. und 31. Dezember zwischen 19 und 7 Uhr oder bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxis		50 plus E bis H	27,98 bis 44,88 €
01413	5	215	7,53 €	■ ■ ■ Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie), beschützenden Einrichtung oder Heim mit Pflegepersonal		51 ggf. 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 Bereitschaftspuschale		1	4,66 €
01436	-	50	1,75 €	■ ■ ■ Konsultationspauschale für Auftragsleistungen oder Überweisungen zu bestimmten Leistungen aus Kapitel 31 anstelle der Versicherten- oder Grundpauschale		Teilleistungen einzeln zu berechnen	-
01602	-	35	1,23 €	■ ■ ■ Kopie von Brief oder Bericht für Hausarzt		-	-
<b>Arztgruppenspezifische Leistungen</b>							
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			
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		Teilleistungen einzeln zu berechnen	-
13251	10	565	19,78 €	■ ■ ■ Belastungs-EKG als Definitionsauftrag		652	25,94 €
13254	5	220	7,70 €	■ ■ ■ Langzeit-Blutdruckmessung als Definitionsauftrag		654	8,74 €
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	1735	60,73 €	■ ■ ■ Zusatzpauschale Angiologie obligat: 33070 und/oder 33071 und/oder 33072 und/oder 33073		z.B. 401, 410, 420	34,97 bis 48,95 €
13310	5	715	25,03 €	■ ■ ■ Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie/Prostanoid-Therapie		-	-
18211	18	515	18,03 €	■ ■ ■ Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis vollendetes 59. Lebensjahr		-	-
18212	21	595	20,83 €	■ ■ ■ Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		-	-
<b>Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen und Pauschalen</b>							
32001	-	48	-	■ ■ ■ Wirtschaftlichkeitsbonus Labor für Hausärzte		-	-
	-	20 bis 240	-	■ ■ ■ Wirtschaftlichkeitsbonus für fachärztlich tätige Internisten je nach Schwerpunkt		-	-
	-	5	-	■ ■ ■ Wirtschaftlichkeitsbonus für Orthopäden		-	-
32025	-	1,60 €	-	■ ■ ■ Glukose im Praxislabor		3514	4,08 €
32030	-	0,50 €	-	■ ■ ■ Orientierende Untersuchung		3511	2,91 €
32117	-	4,60 €	-	■ ■ ■ Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten (z.B. D-Dimere)		3937	10,49 €
32150	-	11,25 €	-	■ ■ ■ Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung		A3732	11,60 €
33020	12	760	26,60 €	■ ■ ■ Echokardiografische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren		422	11,66 €
33042	9	445	15,58 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren		410 ggf. 420	11,66 bis 25,64 €
33060	15	810	28,35 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen		645	37,98 €
33061	7	305	10,68 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung der extremitätenver- und -entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens drei Ableitungsstellen je Extremität		644	10,49 €
33070	21	1.160	40,60 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten		410 plus 401 ggf. 420	34,97 bis 48,95 €
33071	16	705	24,68 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren			
33072	14	735	25,73 €	■ ■ ■ Sonografische Untersuchung der extremitätenver- und/oder -entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren			
33075	-	175	6,13 €	■ ■ ■ Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33 070 bis 33 074 für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung		401 analog	23,31 €
35100	16	430	15,05 €	■ ■ ■ Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, mindestens 15 Minuten		806	14,57 €
35110	16	430	15,05 €	■ ■ ■ Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, mindestens 15 Minuten		849	13,41 €
40120	-	0,55 €	-	■ ■ ■ Puschale für den Versand von Briefen bis 20 g		-	0,55 €

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

■ fällt nicht ins  
Regelleistungsvolumen