Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Merkblatt zur Terminvermittlung

(Version 15, Stand Januar 2024)

Inhalt

2 **Auf einen Blick**

3 **Detailregelungen Terminvermittlung durch die Terminservicestelle**

5 **Detailregelungen Terminvermittlung durch Haus-/Kinderärzte**

6 **Detailregelungen Sprechstundenangebot**

8 **Buchstabenkennzeichnung der TSS-Zuschläge / Zusatzpauschale (Anlage 1)**

9 **Wartezeitzuschläge – Die arztgruppenspezifischen GOPs (Anlage 2)**

Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung, Telefon 0711 7875-3397 oder E-Mail an *abrechnungsberatung@kvbawue.de*

Auf einen Blick:

- **Terminvermittlung durch die Terminservicestelle**
  Behandlung extrabudgetär und Zuschläge von bis zu 200 Prozent
  Für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) dringlich in die Praxis vermittelt werden, erhalten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Voraussetzung dafür ist, dass ein dringlicher Termin den Patienten innerhalb maximal vier Wochen (zwei Wochen bei psychotherapeutischer Akutbehandlung) zur Verfügung gestellt wurde. **Zusätzlich** gibt es **Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale**. Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin.
  → siehe Seite 3 ff.

- **Terminvermittlung durch einen Haus- oder Kinderarzt beim Facharzt: 15,63 Euro Zuschlag für den Haus- oder Kinderarzt und Behandlung beim Facharzt, Psychotherapeuten oder Kinderärzte gem. EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5 extrabudgetär**
  Hausärzte erhalten für die Vermittlung eines dringenden Facharzttermins **einen Zuschlag** von 15,63 Euro (131 Punkte), sofern der vermittelte Termin spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt stattfindet. Der Zuschlag kann immer bei einer Terminvereinbarung bis zum 4. Kalendertag abgerechnet werden, aber auch danach, wenn die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Entscheidung, ob dies zutrifft, liegt beim Hausarzt, der dies in der Patientenakte dokumentiert – dies gilt auch im Einzelfall der Nichtzumutbarkeit. Einer zusätzlichen medizinischen Begründung in der Abrechnungsdatei bedarf es für Termine ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit. (Angabe der Begründung im KVDT-Feld „Freier Begründungstext“, Feldkennung 5009).

  Die weiterbehandelnden **Fachärzte** erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen nach Kapitel 32 EBM, nach der Vermittlung durch den Hausarzt **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet. Die entsprechenden Zuschläge auf die jeweiligen altersgruppenspezifischen Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschalen sind je nach Warteizeit auch für Fachärzte berechnungsfähig.
  → siehe Seite 5

- **Offene Sprechstunden: Behandlung extrabudgetär**
  In der offenen Sprechstunde, die Fachärzte der „grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“ anbieten müssen (→ siehe Seite 6 ff.), werden alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche.
  → siehe Seite 6 ff.

Bei den oben genannten Sachverhalten werden alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet (Arztgruppenfall umfasst alle ambulanten Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals an demselben Patienten zulasten derselben Krankenkasse erbracht werden). Von einer extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen grundsätzlich ausgenommen sind Laborleistungen des Kapitels 32 EBM sowie Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (letztere sind gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V aus der MGV zu 100 Prozent zu vergüten).

Detailregelungen zur Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS)

Die Terminservicestelle (TSS) vermittelt neben Terminen bei Fachärzten und Psychotherapeuten auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten (inklusive Termine für die sogenannten U-Untersuchungen). Für die Vermittlung von dringlichen Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung mit Vermittlungscode vorliegen (Ausnahmen: überweisungsfreie Fachgruppen und Akutfälle). Überweisungsfreie Fachgruppen sind Haus- und Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte sowie Psychotherapeuten. Hier benötigen Patienten für die TSS-Terminvermittlung keine Überweisung, dies gilt ebenso für Termine für eine psychotherapeutische Sprechstunde**. Die Behandelnden erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, extrabudgetär vergütet** (nicht bei TSS-Routine-Termin)**.**

Über die TSS können auch nicht dringliche Termine vermittelt werden, z. B. wenn der Termin selbst über den 116117 Terminservice der KV gebucht wird, keine Überweisung mit Vermittlungscode vorliegt oder bei Bagatellerkrankungen (sogenannter TSS-Routine-Termin). **Ohne Dringlichkeit entfällt die extrabudgetäre Vergütung**, auch wenn die Behandlung innerhalb von vier Wochen stattfindet (keine Angabe der GOP 99873T).
In der Feldkennung 4103 (Vermittlungs/-Kontaktart) ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) die Vermittlungsart 6, für den TSS-Routinefall, einzutragen.

Bei den überweisungsfreien Fachgruppen gelten vermittelte Termine innerhalb von vier Wochen dagegen grundsätzlich als „dringend“, es sei denn, es geht explizit um z. B. verschiebbare Vorsorgeuntersuchungen.

Die sogenannten Wartezeitzuschläge sind bei Zutreffen der Zeitintervalle (unabhängig von der Dringlichkeit) immer berechnungsfähig.

Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung müssen innerhalb von zwei Wochen von der TSS vermittelt werden. Patienten benötigen eine Bescheinigung, dass eine Akutbehandlung erforderlich ist (PTV 11).

Kennzeichnung TSS-Terminfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873T** („T“ wie Terminservicestelle).
In der Feldkennung 4103 (Vermittlungs/-Kontaktart) ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) die Vermittlungsart 1 und außerdem der Vermittlungscode (der Code besteht aus Zahlen und Buchstaben) in die Feldkennung 4114 (Vermittlungscode) einzutragen.

TSS-Akutfall – was ist das und wie ist er zu kennzeichnen?

Anrufe, die unter der 116117 eingehen, werden einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren zur Dringlichkeit der Behandlung unterzogen. Wird in dringenden Fällen dann ein Termin innerhalb von 24 Stunden in einer Arztpraxis vermittelt, liegt ein sogenannter TSS-Akutfall vor.

Kennzeichnung TSS-Akutfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873A** („A“ wie Akutfall).
In der Feldkennung 4103 (Vermittlungs/-Kontaktart) ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) die Vermittlungsart 2 und außerdem der Vermittlungscode (der Code besteht aus Zahlen und Buchstaben) in die Feldkennung 4114 (Vermittlungscode) einzutragen.

Wartezeitzuschlag bei Terminvereinbarung über die TSS auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und Zusatzpauschale bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)

Der Zuschlag zur Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale bei den TSS-vermittelten Fällen ist ebenso wie die **Zusatzpauschale bei den U-Untersuchungen** gestaffelt nach der Länge der **Wartezeit** zwischen Anruf und Termin.

Für die **TSS-Terminvermittlung** gibt es arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen in jedem der EBM-Kapitel 03 bis 27 (ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologen) und im Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) als Zuschläge auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschalen (→ siehe Seite 8, z. B. GOP 18228B bei den Orthopäden). Zu jedem Zuschlag gibt es vier mögliche Buchstaben-Kennzeichnungen A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden und zusammen mit der neuen GOP abgerechnet werden.

Mit der **GOP 01710** gibt es außerdem eine **Zusatzpauschale für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Vermittlung**. Sie ist in den Fällen berechnungsfähig, in denen am Behandlungstag ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (EBM-Abschnitt 1.7.1, ausgenommen Laborleistungen und J1) durchgeführt werden und keine Versichertenpauschale berechnet wird. Aufgrund der ebenfalls gestaffelten Bewertung ist die GOP 01710 auch mit den Buchstaben B, C oder D entsprechend der Wartezeit auf den Termin zu kennzeichnen.

Buchstabenkennzeichnung der TSS-Zuschläge / Zusatzpauschale (siehe Anlage 1 auf Seite 8)

Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags, bzw. der gestaffelten Bewertung bei der GOP 01710. Der erste Zähltag geht aus der Terminbuchungsbenachrichtigung hervor, die Sie von der Terminservicestelle bekommen.

Werden die (zutreffenden) Wartezeitzuschläge nicht abgerechnet, muss die KVBW davon ausgehen, dass kein TSS-Terminfall vorlag und streicht, dann die Kennzeichnung der Fälle mit der Pseudo-GOP 99873T.
Eine extrabudgetäre Vergütung von Fällen mit einer längeren Terminierung als 35 Tage ist nicht möglich.

Die Wartezeitzuschläge sind im nicht dringlichen Vermittlungsfall berechnungsfähig, wenn der Termin innerhalb der relevanten Zeitfenster liegt.

Beim TSS Terminfall ist sowohl die Angabe der Pseudo-GOP 99873T als auch die Abrechnung des zutreffenden TSS-Zuschlags (z. B. 18228B) für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich.

Buchstabenkennzeichnung Zusatzpauschale (siehe Anlage 1 auf Seite 8)

Wartezeitzuschläge – Die arztgruppenspezifischen GOPs (siehe Anlage 2 ab Seite 9)

Detailregelungen zur Terminvermittlung durch Haus-/Kinderärzte

Der Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der einen **dringenden Termin** beim Facharzt, Psychotherapeuten oder Kinderärzte gem. EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5 vermittelt, erhält einen Vergütungsanreiz von 15,63 Euro (131 Punkte). Der Zuschlag ist berechnungsfähig, sofern eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt **oder**
- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) war aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar.

Die Entscheidung, ob dies zutrifft, liegt beim Hausarzt, der dies in der Patientenakte dokumentiert – dies gilt auch im Einzelfall der Nichtzumutbarkeit. Einer zusätzlichen medizinischen Begründung in der Abrechnungsdatei bedarf es für Termine ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit. (Angabe der Begründung im KVDT-Feld „Freier Begründungstext“, Feldkennung 5009).
Die Terminvermittlung sollte regional im kollegialen Austausch erfolgen.

Der Vermittler erhält diese Vergütung unabhängig davon, ob der Patient den Termin auch tatsächlich wahrgenommen hat, es zählt die Vermittlung als solche. Eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte für die Erfordernis eines „dringenden“ Termins ist aus Sicht der KVBW immer zu empfehlen. Bei Vermittlung zu unterschiedlichen Arztgruppen ist der Zuschlag auch mehrfach berechnungsfähig. Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient in derselben Facharztpraxis in demselben Quartal bereits von einem fachgleichen Arzt behandelt wurde.

Die Hausarzt-Vermittlung innerhalb einer BAG oder innerhalb eines MVZ ist rechtlich ausgeschlossen, da der Gesetzgeber für die Vermittlung dringlicher Termine beim Facharzt gemäß TSVG eine Überweisung fordert. Eine Überweisung ist innerhalb einer Praxiskonstellation nicht möglich.

Es gilt der Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag der Kalendertage.

Hausarzt-/Kinderarzt-Vermittlungsfall:

Der Bewertungsausschuss hat hierfür Zuschläge zu den Versichertenpauschalen eingeführt: Die **GOP 03008** für Hausärzte bzw. **GOP 04008** für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Zusätzlich zur Ausstellung einer Überweisung ist die Angabe der Betriebsstättennummer (BSNR) des Überweisungsempfängers in der Abrechnungsdatei verpflichtend. Der Eintrag ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 5003 „(N)BSNR des vermittelten Facharztes“) vorzunehmen.

Die weiterbehandelnden **Fachärzte** erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, nach der Vermittlung durch den Hausarzt **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet. Die entsprechenden Zuschläge auf die jeweiligen altersgruppenspezifischen Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschalen sind je nach Warteizeit auch für Fachärzte berechnungsfähig.

Kennzeichnung Hausarztvermittlungsfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873H** („H“ wie Hausarzt) **durch den annehmenden Facharzt**. Werden die (zutreffenden) Wartezeitzuschläge nicht abgerechnet, muss die KVBW davon ausgehen, dass kein Hausarztvermittlungsfall vorlag und streicht dann die Kennzeichnung der Fälle mit der Pseudo-GOP 99873H.
In der Feldkennung 4103 (Vermittlungs/-Kontaktart) ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) die

Vermittlungsart 3 und außerdem das Datum der Terminvermittlung (Feldkennung 4115) einzutragen.

Falls mehrere Hausarztvermittlungsfälle durch unterschiedliche TSVG-Arztgruppen vorliegen, sind getrennte Scheine anzulegen.

Buchstabenkennzeichnung Zusatzpauschale (siehe Anlage 1 auf Seite 8)

Wartezeitzuschläge – Die arztgruppenspezifischen GOPs (siehe Anlage 2 ab Seite 9)

Detailregelungen zum Sprechstundenangebot

Anzahl der Mindestsprechstunden auf 25 Stunden pro Woche angehoben.

Vertragsärzte müssen bei vollem Versorgungsauftrag pro Woche an allen Tätigkeitsorten **insgesamt** persönlich mindestens 25 Sprechstunden für GKV-Patienten anbieten. Besuchszeiten (inklusive der Wegezeiten) und OP-Zeiten werden auf die Sprechstundenzeiten angerechnet. Da die Wegezeiten regional in den Gesamtverträgen vereinbart sind, ist deren angemessene Berücksichtigung noch von den Gesamtvertragspartnern zu regeln. Wir informieren, sobald hier endgültige Entscheidungen vorliegen.

Teile der Fachärzte müssen sogenannte offene Sprechstunden anbieten

Betroffene Fachgruppen:
Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen
Ausnahme:
Ärzte, die die GOP 30702 EBM (Zusatzpauschale Schmerztherapie) in einem Quartal abrechnen, müssen in diesem Quartal keine offene Sprechstunde anbieten.

Die oben genannten Facharztgruppen müssen von den 25 Sprechstunden bei vollem Versorgungsauftrag mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig).

Patienten benötigen für diese offenen Sprechstunden keine Überweisung.

Für die konkrete Organisation der offenen Sprechstunden werden keine Vorgaben gemacht. Entscheidend ist, dass die Gesamtzahl an offenen Sprechstunden entsprechend der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe von der Praxis erfüllt wird.

Der Gesetzgeber hat keine Vorgaben zur Umsetzung gemacht, damit unterliegt die konkrete Ausgestaltung allein dem Terminmanagement der Praxis. Bei großem Andrang können beispielsweise Patienten, die nicht sofort eine Behandlung benötigen, auf die nächste offene Sprechstunde hingewiesen oder es kann ihnen ein Termin angeboten werden. Notfälle können nicht abgewiesen werden.

Die Sprechstundenzeiten und gesondert die offenen Sprechstunden sind durch die KVBW auf deren Homepage zu veröffentlichen. Auch die Praxen müssen die Zeiten der offenen Sprechstunden in geeigneter Form (z. B. Anrufbeantworter, Aushang oder Homepage) bekannt geben. Möglich ist auch ein Hinweis auf dem Praxisschild auf die Homepage der Praxis bzw. die Homepage der KVBW (*www.arztsuche-bw.de*).

Vergütung / Abrechnung:

Für **bis zu fünf offene Sprechstunden** pro Kalenderwoche erfolgt die Vergütung **extrabudgetär**.

Die Umsetzung beinhaltet eine Höchstgrenze ausbudgetierter Behandlungsfälle der offenen Sprechstunde, die praxisbezogen auf Basis der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals bestimmt wird. Maximal werden 17,5 Prozent dieser Fälle als „offene-Sprechstunden-Fälle“ extrabudgetär vergütet.

Bei Überschreitung der Höchstgrenze für die extrabudgetär zu vergütenden Fälle erfolgt die Auswahl der heranzuziehenden Fälle per definiertem Zufallsalgorithmus.

Kennzeichnung offene Sprechstunde: Angabe der **Pseudo-GOP 99873O** („O“ wie offene Sprechstunde).
In der Feldkennung 4103 (Vermittlungs/-Kontaktart) ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) die Vermittlungsart 4 einzutragen.

Meldung der Sprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden:

Bitte nutzen Sie für Ihre Meldungen der Sprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden folgendes Tool auf der Homepage der KV Baden-Württemberg (hier können auch die Zeiten für Hausbesuche angegeben werden, die damit bei der Sprechstundenzeit insgesamt Berücksichtigung finden):

www.kvbawue.de/meldeformular

Alternativ können Sie Ihre Zeiten auch per Mail (je nach Anfangsbuchstaben Ihres Nachnamens unter Angabe Ihrer LANR/BSNR) angeben:

- Anfangsbuchstaben Nachname A – K: *arztregister3@kvbawue.de*
- Anfangsbuchstaben Nachname L – Z: *arztregister4@kvbawue.de*

Bereinigung im Zusammenhang mit der offenen Sprechstunde

Die Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, werden weiterhin extrabudgetär vergütet.

Allerdings sieht der Gesetzgeber mit dem FinStG eine unbefristete Bereinigungsregelung der MGV vor. Diese Bereinigung greift, wenn das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen (≙ Leistungsbedarf) der Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde in den einzelnen Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als 3 % ansteigt.

Durch den Verzicht auf eine Bereinigung unterhalb von 3% sollen normale Schwankungen in den Leistungen unberücksichtigt bleiben.

Anlage 1

Buchstabenkennzeichnung Zuschlag/Zusatzpauschale

Buchstabe	Zeitraum bis zum durch die TSS oder den Hausarzt vermittelten Termin	Zuschlag zur jeweiligen altersgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale	Bewertung der Zusatzpauschale GOP 01710
A	TSS-Akutfall, wenn von TSS als solcher eingeschätzt (Behandlung spätestens am Folgetag)	200 Prozent	–
B	TSS-Terminfall oder Hausarzt vermittelt **1.** bis **4. Tag**	100 Prozent	217 Punkte
C	TSS-Terminfall oder Hausarzt vermittelt **5.** bis **14. Tag**	80 Prozent	173 Punkte
D	TSS-Terminfall oder Hausarzt vermittelt **15**. bis **35. Tag**	40 Prozent	87 Punkte

Der Tag nach der Terminvermittlung gilt jeweils als erster Zähltag

Beispiel A: Bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle an einen Orthopäden – hier innerhalb von vier Tagen – ist von diesem die GOP 99873T und zusätzlich die GOP 18228B abzurechnen.

Beispiel B: Bei einer Terminvermittlung durch den Hausarzt an einen Orthopäden – hier am 10. Tag - ist von diesem die GOP 99873H und zusätzlich die GOP 18228C abzurechnen.

Die GOP mit den Buchstabenkennzeichnungen sind im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegt.

Anlage 2

Wartezeitzuschläge – Die arztgruppenspezifischen GOPs (Diese GOPs werden ggf. von Ihrem Praxisverwaltungssystem umgewandelt!)

Fachgruppe	**GOP: „Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Vermittlung durch Hausarzt“***
Hausärzte	03010 (nur bei TSS)
Kinder- und Jugendmediziner	04010
Anästhesiologie	05228
Augenheilkunde	06228
Chirurgie	07228
Gynäkologie	08228
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228
Dermatologie	10228
Humangenetik	11228
Innere Medizin	
ohne Schwerpunkt (SP)	13228
SP Angiologie	13298
SP Endokrinologie	13348
SP Gastroenterologie	13398
SP Hämatologie/Onkologie	13498
SP Kardiologie	13548
SP Nephrologie	13598
SP Pneumologie	13648
SP Rheumatologie	13698

Fachgruppe	GOP: „Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Vermittlung durch Hausarzt“*
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15228
Neurologie	16228
Nuklearmedizin	17228
Orthopädie	18228
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228
Psychiatrie und Psychotherapie	21236
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228
Ärztliche und psychologische Psychotherapie	23228
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
Radiologie	24228
Strahlentherapie	
bei gutartiger Erkrankung	25228
bei bösartiger Erkrankung	25229
nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
Urologie	26228
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
Schmerztherapie	30705
Ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	
Zuschlag zur Grundpauschale I (01320)	01322
Zuschlag zur Grundpauschale II (GOP 01321)	01323

* Es werden im EBM für die GOP keine Punkte oder Euro-Beträge ausgewiesen. Der Grund ist, dass die jeweilige altersgruppenspezifische Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale, auf die der Zuschlag von 200, 100, 80 oder 40 Prozent gezahlt wird, unterschiedlich hoch ist. Die Ermittlung der konkreten Zuschlagshöhe erfolgt durch das Praxisverwaltungssystem (PVS).