

[Zurück zu alle FAQs](#)



## Themen:

Alle Drogentest Hybrid-  
DRG EBM Quartalsabrechnung  
Plausibilität Psychotherapie  
TSVG Blutabnahme Video-  
sprechstunde Vorsorgeuntersuchungen

## EBM

Wann ist eine Osteodensitometrie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich?

Der Zentrale Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen (ZÄS) nach § 128 der Strahlenschutzverordnung hat eine Liste der rechtfertigenden Indikationen (RI) für die „Osteodensitometrie“ abgestimmt.

Diese Indikationsliste finden Sie [hier](#).

Über die GOP 34600 und 34601 ist die Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) zu Lasten der gesetzlichen Versicherung abrechenbar. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfolgt bei folgenden Indikationen, die auf dem Überweisungsschein aufgeführt sein müssen:

1. bei Patient:innen, die eine Fraktur ohne zuvor stattgehabtes nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht (GOP 34600 EBM)
  - am Schenkelhals  
und/oder
  - an der LWS
2. zur Einleitung der Therapie/Medikation, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht oder zur Kontrolle und Optimierung dieser Therapie/Medikation nach 5 Jahren (GOP 34601 EBM).
  - am Schenkelhals  
und/oder
  - an der LWS

Weitere Informationen finden Sie auf der [Infoseite zur genehmigungspflichtigen Leistung](#).

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 471

---

Gibt es eine EBM-Ziffer, um einen Hygienezuschlag abzurechnen?

Seit dem 1. Januar 2022 wird von der KV Berlin bei einem direktem Patientenkontakt ein Hygienezuschlag hinzugesetzt, welcher die gestiegenen allgemeinen Hygienekosten berücksichtigen soll. Dieser Zuschlag wird zu jeder Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale gezahlt, sofern die Behandlung des Patienten/der Patientin in dem Quartal nicht ausschließlich im Rahmen der Videosprechstunde erfolgt ist.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 122

---

Wo finde ich den aktuellen EBM?

Den EBM in der jeweils aktuellen Version finden Sie unter folgendem Link auf der [Website der KBV](#).

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 138

---

Führt die Abrechnung der Psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151) und Psychotherapeutischen Akutbehandlung (GOP 35152) zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)?

Wenn die GOP 35151 abgerechnet wird, erhält man die PFG. Das Ansetzen der GOP 35152 wiederum führt zum Ausschluss der PFG, denn es handelt sich um eine Leistung der speziellen Versorgung, die auf das Kontigent einer sich anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet wird. Die PFG muss in der Praxis selbst angesetzt werden.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 137

---

Wie oft kann ich die GOP 35100 zur differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände abrechnen?

Die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100) ist einmal am Behandlungstag abrechenbar, ansonsten gibt es keine Obergrenze. Jedoch setzt die Abrechnung dieser GOP eine Zeitdauer der Erbringung von mindestens 15 Minuten voraus. Werden neben der GOP 35100 andere diagnostische oder therapeutische Leistungen abgerechnet, die in der Leistungslegende ebenfalls eine Zeitvorgabe enthalten, dann muss diese Arzt-Patienten-Kontaktzeit um insgesamt mindestens 15 Minuten überschritten worden sein.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 136

---

Wie oft ist die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770) abrechenbar?

Die GOP 01770 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig. Im Laufe eines Quartals kann die Ziffer nur von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 134

---

Wie rechne ich einen Säugling ohne eGK ab?

Wenn für Patient:innen bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Arzt-/Patientenbegegnung noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt, ist für die Abrechnung das Ersatzverfahren durchzuführen. Dies ist geregelt in § 19 Abs. 1a und § 22 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Dazu benötigen Sie die folgenden Daten (i.d.R. von einem Elternteil):

1. Bezeichnung der Krankenkasse, bei dem das Kind versichert ist
2. Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes
3. Versichertenart
4. Postleitzahl des Wohnorts
5. Nach Möglichkeit die Versichertennummer

Bitte lassen Sie sich durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) von einem Elternteil bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 133

---

Welchen zeitlichen Umfang umfasst der im EBM aufgeführte Krankheitsfall?

Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die 3 nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

Beispiel:

Eine Gebührenordnungsposition (GOP) wurde 4-mal im Quartal 1/2024 und 2-mal im Quartal 2/2024 abgerechnet. Insgesamt ist diese GOP 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Da der Krankheitsfall das aktuelle sowie die 3 folgenden Quartale umfasst, beginnt der neue Krankheitsfall mit dem Quartal 1/2025. D.h. bereits im Quartal 1/2025 kann diese GOP wieder 6-mal abgerechnet werden.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 363

---

Warum beinhaltet die GOP 40110 nur eine Vergütung von 0,96 €, obwohl die Portokosten für den Großbrief deutlich höher ausfallen?

Seit dem 1. Juli 2020 gibt es nur noch eine Kostenpauschale für Briefe (GOP 40110) und Faxe (GOP 40111). Diese beiden Kostenpauschalen unterliegen einer arztgruppenspezifischen Höchstwertregelung, welche bis zum 30. September 2021 ausgesetzt worden war. Den entsprechenden Höchstwert Ihrer Arztgruppe können Sie der Präambel zu Kapitel 40.4 des EBM entnehmen.

Ziel dieser Änderungen ist es, den eArztbrief zu fördern. Durch eine Strukturförderpauschale soll der eArztbrief stärker etabliert werden.

War dieser Artikel hilfreich?

**JaNein**

Nr. 251

---

Warum wurden mir für die Versicherten einiger Krankenkassen die Chronikerpauschalen gestrichen?

Mit der Abrechnung für das 1. Quartal 2022 hat die KV Berlin erstmals direkt über das Regelwerk prüfen lassen, ob für die Abrechnung von Chronikerpauschalen bei Versicherten der AOK Nordost die Abrechnungsvoraussetzungen vorlagen.

Ob eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, wird dafür anhand der Bewertungsliste „ICD zur Abrechnung der Chronikerpauschale“ geprüft, auf die sich die KV Berlin und die AOK Nordost verständigt haben.

Seit dem 01.01.2023 gilt diese Liste auch für die BIG direkt gesund und die Innungskrankenkassen.

Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

War dieser Artikel hilfreich?

[Ja](#)[Nein](#)

Nr. 2380

---

---

## Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf](#)

[häufig gestellte Fragen](#)

## Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

## Kontakt für Presseanfragen

[presse@kvberlin.de](mailto:presse@kvberlin.de)



Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

[030 / 31 003-0](tel:030310030)  
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)  
[Kontakt](#)