BELEGARZTVERTRAG

Anlage 1 (Stand 01.04.2026)

1.3 Nicht berechnungsfähige Leistungen

1.3.1 Nicht berechnungsfähig sind folgende, in den EBM-Kapiteln, den EBM-Abschnitten oder den EBM-Gebührennummern genannte Leistungen:

1.3.1.1 Verwaltungskomplexe nach den Nrn. 01424, 01430, 01431 (außer i. V. m. 01820) und 01435;

1.3.1.2 Konsultationspauschale nach der Nr. 01436;

1.3.1.3 ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach den Nrn. 03060, 03062, 03063;

1.3.1.4 kontinuierliche Mitbetreuungs-/Koordinationsleistungen nach den Nrn. 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 18700, 21230, 21231, 21232, 21233;

1.3.1.5 Besuche nach den Nrn. 01410/E/R/S/U/W, 01411/E/R/S/U/W, 01413/E/R/S/U/W, 01415/E/R/S/U/W, 01721 und Transportbegleitungen nach der Nr. 01416;

1.3.1.6 Videosprechstunde Nrn. 01442, 01443, 01444, 01450, 01452, sowie alle Versicherten-, Grund-, Konsiliarpauschalen und Zuschläge im Rahmen einer Videosprechstunde, Nr. 04231V, Nr. 30708V, Verweilen ... nach der Nr. 01440, Aufsuchen ... in der Praxis eines Anderen nach der Nr. 05230; Nrn. 01420V, 01424V, 01611V, 01613V, 01789V, 01790V, 03008V, 03040V, 03041T, 03041V, 03042T, 03042V, 04008V, 08619V, 08621V, 08622V, 08623V, 14221V, 17210S/V, 17214V, 17228E/F/G/H, 21221V, 22220V, 22222V, 23210C/D, 23211C/D, 23212C/D, 23220V, 30930V, 30931V, 30933V, 34371V, 37804V; Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen des Abschnitts 34.8;

1.3.1.7 schriftliche Mitteilungen und Gutachten, Notfalldatensatzmanagement nach den Nrn. 01610, 01615, 01622, 01623, 01624, 01626, 01640, 01642, 01643, 01671, 01672;

1.3.1.8 Betreuung einer Schwangeren nach der Nr. 01770;

1.3.1.9 Pauschalen für Laborleistungen nach den Nrn. 01437/A/B/C/D/E/F, 01698, 01699, 01700 und 01701;

1.3.1.10 Betreuung und Nachsorge nach Abschnitt 1.5 sowie den Nrn. 01910 und 01911;

1.3.1.11 Substitutionsbehandlung nach Abschnitt 1.8 sowie Präventionsleistungen nach den Nrn. 01710, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 01724, 01725, 01726, 01727, 01728, 01731, 01732, 01734, 01735, 01740, 01741, 01742, 01743, 01745, 01746, 01747, 01748, 01750, 80101, 80102, 01751 01752, 01753, 01754, 01755, 01756, 01757, 01758, 01759, 01760, 01761, 01762, 01763, 01764, 01765, 01766, 01767, 01768, 01769, 01793, 01794, 01795, 01796, 01806, 01807, 01808, 01809, 01810, 01811, 01816, 01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01833, 01840, 01841, 01842, 01850, 01851, 01852, 01865, 01866, 01867, 01869, 01870, 01871/M, 01872/M, 01875/M, 01876/M, 01878/M, 01879/M, 01880/M/V/Y, 01881/M/V/Y, 01900, 01901, 01902, 01903, 01915, 08575;

1.3.1.12 Notfallbehandlungen nach den Nrn. 01205, 01207, 01210, 01210V, 01212, 01212V, 01214, 01216, 01218, 01220, 01221, 01222, 01223, 01224, 01226;

1.3.1.13 Leistungen für ermächtigte Ärzte nach den Nrn. 01320, 01321, 01322, 01323;

1.3.1.14 Kennzeichnung von Narkosen zur Zahnbehandlung behinderter Patienten Nrn. 05210Z bis 05212Z, 05210Y bis 05212Y, 05210G bis 05212G, 05210V bis 05212V, stets Umwandlung in blanc (ohne Kennzeichen), ferner die Nrn. 05230Z, 05310Z, 05330Z, 05331Z, 05340Z, 05341Z, 05350Z;

1.3.1.15 augenärztliche Leistungen nach den Nrn. 06225, 06334, 06335 bis 06339;

1.3.1.16 gynäkologische Leistungen nach den Nrn. 08315, 08334, 08341 und den Nrn. 08510, 08520, 08521, 08530, 08531, 08538, 08538X, 08540, 08576 (Reproduktionsmedizin); Nrn. 08638, 08640, 08641, 08642 (Kryokonservierung);

1.3.1.17 Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Leistungen nach den Nrn. 09329, 09330, 09331, 09332, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374 und 09375;

1.3.1.18 phoniatrische und pädaudiologische Leistungen nach den Nrn. 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377 und 20378;

1.3.1.19 hautärztliche Leistungen nach den Nrn. 10343 und 10344;

1.3.1.20 Leistungen des Kapitels 11 und der Abschnitte 19.3 und 19.4;

1.3.1.21 internistische Leistungen nach den Nrn. 13300, 13301, 13310, 13350, 13437, 13439, 13500, 13501, 13502, 13545, 13574, 13576, 04414, 04416, 01438, 13561, 13579/I, 13584/I, 13585/I, 13586/I, 13587/I, 13600, 13601, 13602, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13652, 13652I, 13677, 13678, 13678I, 13700, 13701;

1.3.1.22 fachärztlich kinderärztliche Leistungen nach den Nrn. 04410, 04420, 04441, 04442, 04443, 04523, 04527, 04530, 04532, 04536, 04537, 04538, 04538I, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04563;

1.3.1.23 Auftragsleistungen nach den Nrn. 13256, 13258;

1.3.1.24 szintigraphische Zusatzleistungen nach den Nrn. 17361, 17362, 17363;

1.3.1.25 physikalisch-therapeutische Leistungen nach den Abschnitten 2.5 und 30.4 mit Ausnahme der Nr. 02520;

1.3.1.26 strahlentherapeutische Leistungen nach den Nrn. 25310, 25316, 25317, 25321, 25322, 25323, 25324, 25328, 25329, 25345;

1.3.1.27 Zuschlag für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin nach den Nrn. 26317, 08313;

1.3.1.28 Leistungen nach dem Abschnitt 30.3;

1.3.1.29 schmerztherapeutische Leistungen nach den Nrn. 30700, 30702, 30704;

1.3.1.30 Leistungen der Akupunktur nach den Nrn. 30790, 30791;

1.3.1.31 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach dem Abschnitt 30.10;

1.3.1.32 Leistungen nach dem Kapitel 30.8 (Verordnungen von Soziotherapie) sowie Kostenpauschale nach der Nr. 40584;

1.3.1.33 Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Nr. 30984 (Nr. 30980, 30981) und des Zuschlags für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik (Nr. 30988);

1.3.1.34 Leistungen nach den Abschnitten 31.1 bis 31.5 (Leistungen aus Abschnitt 31.6 sind neben den Strukturpauschalen nach dem Kapitel 36 berechnungsfähig), Leistungen nach Abschnitt 31.8 EBM, Leistungen bei Erbringung innerhalb des AOP-Vertrages gemäß § 115b SGB V nach den Nrn. 02344, 33040C, 33042C/D, 33043C/D/E, 33050C, 33091C, 33092C, 34290, 34430C, 34441C, 34442C;

1.3.1.35 Kostenerstattungen nach den Kapiteln 32 (einschließlich Laboratoriumsmedizinischer Pauschalen nach den Nrn. 12210, 12222, 12223, 12224) und 40 einschließlich der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40128, 40129 (mit Ausnahme der übrigen Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4, Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen);

1.3.1.36 Leistungen des hausärztlichen und kinder- und jugendmedizinischen Versorgungsbereichs nach den Nrn. 03220, 03221, 04220 und 04221 („Chronikerpauschale“); Nrn. 03326, 04326 (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz);

1.3.1.37 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradiktionstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach den Nrn. 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956, 30960, 30961;

1.3.1.38 HLA-Antikörperdiagnostik nach den Nrn. 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948, 32949;

1.3.1.39 Glukosemessung mit Real-Time Messgeräten nach den Nrn. 03355, 04590, 13360;

1.3.1.40 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) sowie Zuschläge nach dem Abschnitt 35.2.3 mit Ausnahme der Nrn. 35100 bis 35120, einschließlich der Nrn. 88130, 88131;

1.3.1.41 palliativmedizinische Leistungen (Abschnitt 37.3 und 37400);

1.3.1.42 Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen nach den Nrn. 02325, 02326, 02327, 02328;

1.3.1.43 HIV-Präexpositionsprophylaxe nach den Nrn. 01921, 01922, 01930, 01931, 01932, 01933, 01934, 01935, 01936;

1.3.1.44 Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung (Nrn. 03008 und 04008 sowie alle Zuschläge für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2);

1.3.1.45 Infusionen nach den Nrn. 02100, 02100K, 02100T, 02100X;

1.3.1.46 Zuschlag für die Polypenentfernung nach der Nr. 30601;

1.3.1.47 Beratungsgespräch für Pflegepersonen nach der Nr. 81114;

1.3.1.48 Hygienezuschlag nach den Nrn. 01858, 01859, 01907, 03020, 04020, 05215, 06215, 07215, 08215, 09215, 10215, 11215, 12215, 13215, 13295, 13345, 13395, 13495, 13546, 13595, 13645, 13695, 14215, 15215, 16214, 17215, 18215, 19215, 20215, 21222, 22215, 23215, 24215, 25215, 26215, 27215, 30703;

1.3.1.49 Digitale Gesundheitsanwendungen nach den Nrn. 01471, 01472, 01473, 01474, 01475, 01476, 01477, 01478, 01479/V, 01481, 01482, 30780, 30781, 86700;

1.3.1.50 Leistungen des Abschnitts 37.5 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) sowie Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 (KSVPsych-RL) nach den Nrn. 01410L, 01411L, 01412L, 01413L, 01415L, 22220L, 22220M, 22220W, 22220Y, 23220L, 23220M, 23220W, 23220Y;

Leistungen des Abschnitts 37.6 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL) sowie Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) nach den Nrn. 22220N, 22220Z, 23220N, 23220Z;

1.3.1.51 Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL nach den Nrn. 37700, 37701, 37704, 37705, 37706, 37711, 37714 sowie Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung nach der AKI-RL nach den Nrn. 09315A, 13662A, 13662K;

1.3.1.52 Meldungen implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes nach der Nr. 01965, 01966;

1.3.2 Die Leistungen nach den Nrn. 01713 bis 01720, 01723, 01731, 01732, 01740 bis 01743, 01760, 01761, 01764, 01765, 01769, 01772 bis 01775, 01783, 01793 bis 01796, 01800 bis 01816, 01820, 01821, 01822, 01823, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01841, 01842, 01850 bis 01852, 01900 bis 01903, 01951, 08575 sind auf seltene Fälle beschränkt und nur mit Begründung berechnungsfähig. Insbesondere müssen die formalen Bestimmungen des EBM erfüllt werden. Darüber hinaus darf keine parallele Abrechnung im ambulanten Behandlungsfall erfolgen.

1.3.3 Die Leistungen nach den Nrn. 02310, 02311, 02312, 02313, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 08310, 08320, 08330, 08331, 10310,10320, 10322, 10324, 10330, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 30210, 30212, 30214, 30216, 30218 (zu 30%), 33046 sind mit Begründung, aus der die Notwendigkeit der Erbringung im Rahmen eines belegärztlichen Falles hervorgeht, berechnungsfähig.

1.3.4 Bei belegärztlicher Tätigkeit können Leistungen, die im EBM außerhalb des Kapitels 36 mit weniger als 60 Punkten bewertet sind, nicht abgerechnet werden, wenn dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.

Leistungen können grundsätzlich nur abgerechnet werden, wenn die in den Präambeln genannten Voraussetzungen erfüllt sind.