



Nachfolgend finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen (Frequently Asked Questions = FAQ) im Zusammenhang mit dem neuen Hausarzt-EBM ab 1. Oktober 2013, die die KV Berlin für Sie zusammengestellt hat.

1. EBM

1.1 Wo kann ich den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erwerben oder einsehen?

Der EBM ist entweder über den Deutschen Ärzteverlag bzw. im Fachbuchhandel zu erwerben und/oder auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter dem folgenden Link einzusehen: <http://www.kbv.de/8156.html>.

2. Praxisverwaltungssystem

2.1 Das Praxisverwaltungssystem zeigt an, dass die Versichertenpauschale mit einem H, R oder W gekennzeichnet werden soll: In welchen Fällen werden diese Kennzeichnungen gesetzt? Werden die Kennzeichnungen von der KV zugesetzt?

Soweit ein Hausarzt auf Überweisung (Zielauftrag) tätig wird und nur Leistungen, die Bestandteil der Versichertenpauschale sind, erbringt, ist von ihm die Versichertenpauschale mit einem „H“ zu kennzeichnen. Handelt es sich bei der Versichertenpauschale abrechnenden Praxis um eine fachgleiche BAG und/oder um eine Praxis mit einem Hausarzt und einem angestellten hausärztlichen Kollegen, dann erhält die Praxis einen Zuschlag auf die Versichertenpauschale in Höhe von 22,5 % (bis zum 30.09.2013 in Höhe von 10 %). Die KV Berlin ersetzt in diesen Fällen die Versichertenpauschale 03000/04000 durch eine Versichertenpauschale mit der alphanummerischen Ergänzung „R“. Hat der Vertragsarzt eine Versichertenpauschale mit der alphanummerischen Ergänzung „H“ abgerechnet, wird diese Versichertenpauschale durch eine Versichertenpauschale mit der alphanummerischen Ergänzung „W“ ersetzt.

2.2 Das Praxisverwaltungssystem bietet die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03001 / 04001 bis 03005 / 04005 anstelle der GOP 03000 / 04000 an. Welche GOP ist zu verwenden?

Die Versichertenpauschale 03000/04000 gilt für fünf unterschiedliche Altersgruppen. Die Praxis setzt aber immer nur eine Ziffer (03000/04000 oder 03010/04010) an. Das Praxisverwaltungssystem ordnet diese GOP der entsprechenden Altersgruppe durch die Zusatznummer 03001-03005 / 04001-04005 bzw. 03011-03015 / 04011-04015 zu.



3. Vorhaltepauschale GOP 03040 / 04040

3.1 Welche Leistungen stehen der Abrechnung der Vorhaltepauschale entgegen?

- Phlebologie (Abschn. 30.5)
- Schmerztherapie (Abschn. 30.7), darunter auch Akupunktur
- Schlafstörungsdiagnostik (Abschn. 30.9)
- Psychotherapie des Abschnitts 35.1 (ausgenommen Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung: GOP 35100 und 35110) und des Abschnitts 35.2
- Spezifische onkologische Leistungen (SNR 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518)
- Leistungen der fachärztlichen Versorgung (die sogenannte Transcodierungsliste finden Sie unter dem folgenden Link:
http://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/10ebm/transcodierungsliste.pdf)

3.2 Wie verhält es sich in versorgungsbereichsübergreifenden Praxen und Medizinischen Versorgungszentren?

Wenn eine der Ausschlussleistungen im Behandlungsfall durch Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht worden sind, kann die GOP 03040 im hausärztlichen Versorgungsbereich dennoch vergütet werden.

2

3.3 Erhalte ich die Vorhaltepauschale im Vertretungsfall?

Nein – die Vorhaltepauschale ist ein Zuschlag zu 03000 / 04000 bzw. 03030 / 04030 und kann demnach nicht vergütet werden, wenn im Vertretungsfall die Versichertenpauschale nach der GOP 03010 / 04010 abzurechnen ist.

3.4 Wann ändert sich die Bewertung der Vorhaltepauschale?

Für alle Praxen, die zwischen 400 und 1.200 Behandlungsfällen je Arzt im Quartal erbringen, ist die Vorhaltepauschale nach der GOP 03040 / 04040 mit 14,00 € bewertet. Bei Haus- oder Kinderarztpraxen, die über 1.200 Behandlungsfälle erbracht haben, erhöht sich die Bewertung auf um 10 % auf 15,40 €. Praxen, deren Behandlungsfallzahl bei unter 400 Fällen im Quartal liegt, müssen einen Abschlag von 10 % und damit eine Leistungsbewertung von 12,60 € der Vorhaltepauschale hinnehmen.

3.5 Wie werden die Behandlungsfälle zur Bewertung der Vorhaltepauschale, bei Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermittelt?

Relevant für die Fallzählung sind alle Behandlungsfälle, außer Fälle des organisierten Notfalldienstes, stationäre (belegärztliche) Fälle, Überweisungsfälle ausschließlich zur



Durchführung von Probenuntersuchungen oder zur Behandlung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 EBM abgerechnet wurden. Aus der so reduzierten Behandlungsfallzahl werden nur diejenigen Fälle berücksichtigt, in denen ein Hausarzt/Kinderarzt an der Behandlung beteiligt war. Diese so ermittelte Behandlungsfallzahl wird durch die Anzahl der Haus- bzw. Kinderärzte, unter Berücksichtigung ihres Tätigkeitsumfangs, dividiert.

Beispiel: ein MVZ mit zwei Hausärzten – Arzt A verfügt über eine volle Zulassung, Arzt B lediglich über eine hälftige Zulassung – hat im Quartal 4.500 relevante Behandlungsfälle abgerechnet. An der Behandlung von 1.850 dieser Fälle war mindestens einer der beiden Hausärzte beteiligt. D. h. $1.850/1,5 = 1.233$ Behandlungsfälle. Damit wird für dieses MVZ die Vorhaltepauschale nach der GOP 03040 mit 15,40 € bewertet.

3.6 Wer setzt die Vorhaltepauschale?

Die Vorhaltepauschale wird von der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch zugesetzt. Das ggf. im Interesse einer statistischen Hochrechnung vorgenommene Eintragen der Vorhaltepauschale durch die Praxis ist für die Quartalsabrechnung unschädlich.

4. Chronikerpauschale GOP 03220/04220 und 03221/04221

3

4.1 In welchen Fällen können die Chronikerpauschalen nicht abgerechnet werden?

Die Chronikerpauschalen können nicht abgerechnet werden, wenn Leistungen erbracht werden, die nicht der Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags entsprechen (siehe Vorhaltepauschale).

4.2 Wann können die Chronikerpauschalen abgerechnet werden?

Die GOP 03220 und 03221 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) in mindestens drei Quartalen jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben (Ausnahme: Neugeborene und Säuglinge). Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient unter o. g. Indikation seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche



Betreuung übernehmende Hausarzt die bei seinem Vorgänger stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

4.3 Wie wird ein Arztwechsel bei einem Chroniker gekennzeichnet?

Bei einem Arztwechsel sind von dem übernehmenden Haus-/Kinderarzt die stattgefundenen Kontakte der Vorgängerpraxis zu dokumentieren, indem die Chronikerpauschale mit einem H (GOP 03220H / 04220H und GOP 03221H / 04221H) gekennzeichnet wird.

4.4 Gibt es eine Liste der Chronischen Erkrankungen?

Nein. – Das chronische Krankheitsbild ist jedoch gemäß ICD-10 gesichert zu kodieren.

4.5 Der neue Chronikerzuschlag nach der GOP 03221 / 04221 verlangt zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte, wie kann ich das in meiner Abrechnung dokumentieren?

Das ist in der Tat neu! – Bisher verlangte die alte Chronikerregelung nach der bis zum 30.09.2013 gültigen GOP 03212 / 04212 mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte. Der neue Chronikerzuschlag nach der GOP 03221 / 04221 erfordert als Abrechnungsbedingung zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte. Um dies auch in der Quartalsabrechnung gegenüber der KV zu dokumentieren, ist es sinnvoll, beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt – z. B. am 01.10. – die Versichertenpauschale nach der GOP 03000 / 04000 abzurechnen. Erfüllt der Patient die Voraussetzungen nach der Nr. 3.2.2 / 4.2.2, kann neben der Versichertenpauschale der Chronikerzuschlag nach der GOP 03220 / 04220 berechnet werden. Kommt der Patient im selben Quartal – z. B. am 1.11. – erneut in die Praxis und findet dabei ein zweiter persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt statt, so sollte an diesem Tag in der Abrechnung der Chronikerzuschlag nach der GOP 03221 / 04221 angesetzt werden. Auf diese Weise haben Sie in der Abrechnung gegenüber der KV Berlin deutlich die erforderlichen zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte für die Abrechnung des Zuschlags nach den GOPen 03220 / 04220 sowie 03221 / 04221 in Ihrer Abrechnung dokumentiert.

Hintergrund

Mit Wirkung zum Quartal 3/2014 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die neue Chronikerregelung nochmals zu ändern.

In den Quartalen 4/2013 bis 2/2014 galt eine "**Entweder-oder-Regel**": Entweder erscheint der chronisch kranke Patient einmal zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, dann rechne die 03220/04220 ab **oder** der Patient kommt öfter im Quartal in die Praxis und generiert mehr als einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, dann streiche ggf. die 03220/04220 und rechne **stattdessen** die 03221/04221 ab.



Seit dem 1. Juli gilt eine "**Sowohl-als-auch-Regel**": Die GOP 03221/04221 wurde in ihrer Bewertung von 150 auf 40 Punkte **abgewertet**, sie gilt aber als **Zuschlag zur GOP 03220/04220**, soweit im Quartal zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte realisiert werden. Diese Reform soll die Abrechnung der Chronikerzuschläge erleichtern, gleichzeitig erhöht sich die Punktzahl bei mehreren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal von 150 Punkten (alte 03221/04221) auf 170 Punkte (03220/04220 + neue 03221/04221).

4.6 Gilt als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch, wenn ich von dem Patienten angerufen wurde?

Nein! – Was unter einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zu verstehen ist, ist in Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen geregelt. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitliche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Bei einem Telefonat spricht man von einem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt.

4.7 Um die Chronikerzuschläge nach den GOPen 03220 und 03221 abrechnen zu können, muss dieser Patient in den letzten vier Quartalen kontinuierlich wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung in unserer Praxis behandelt worden sein. Wir sind eine Gemeinschaftspraxis, müssen die erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte im letzten Jahr immer beim selben Arzt stattgefunden haben und zählt zu den letzten vier Quartalen auch das aktuelle Abrechnungsquartal, in dem erstmalig ein Chronikerzuschlag abgerechnet werden soll?

Die erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte – in drei der letzten vier Quartale muss jeweils ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben, wobei es sich in zwei Quartalen um persönliche Arzt-Patienten-Kontakte gehandelt haben muss – müssen zwar in derselben Praxis, aber nicht zwangsläufig immer beim selben Arzt erfolgt sein. Wenn von den letzten vier Quartalen gesprochen wird, dann beinhaltet dieser Zeitraum das aktuelle Abrechnungsquartal sowie die drei Quartale davor.

5. Ärztliches Gespräch (GOP 03230/04230)

5.1 Wie häufig kann ich eine Gesprächsleistung abrechnen?

Der EBM gibt keine Begrenzung der Abrechnungshäufigkeit einer Gesprächsleistung nach der GOP 03230 / 04230 vor. Je vollendete 10 Minuten darf die Leistung abgerechnet werden. Aber achten Sie unbedingt auf die für die Gebührenordnungspositionen angegebenen Vorgaben zur Arzt-Patienten-Kontaktzeit! – So verlängert sich die Arzt-Patienten-Kontaktzeit auf mindestens 20 Minuten, wenn in derselben Sitzung, also neben der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 / 04000, eine Gesprächsleistung nach der GOP 03230 / 04230 abgerechnet wird. Auch bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer



Gebührenordnungspositionen und einem Gespräch nach der GOP 03230 / 04230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Abrechnung eines Gesprächs.

5.2 Als Kinderarzt muss ich oftmals lange und mühselige Gespräche mit den Eltern führen, um sie von der Notwendigkeit einer Impfung zu überzeugen. Kann ich jetzt für ein solches Gespräch die Gesprächsleistung nach der GOP 04230 abrechnen?

Nein – die Impfberatung ist Bestandteil der Impfleistung.

5.3 Was hat es mit dem Gesprächsbudget auf sich – ist das ein Zusatzbudget zu meinem Regelleistungsvolumen (RLV)?

Richtig ist: Über die gesamte Praxis ist das Volumen der Gesprächsleistungen nach der GOP 03230 / 04230 begrenzt. Pro hausärztlichem Behandlungsfall erhält die Praxis ein Volumen von 4,50 € oder 45 Punkten (der regionale Punktwert beträgt im Quartal 4/2013 10 Cent). Dieses Budget ist eine reine EBM-Vorgabe und ist deshalb streng von den regionalen Honorarverteilungsmaßnahmen – in Berlin die RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) – zu trennen. Dieses Budget dient Ihnen als Orientierung. Bei einer Bewertung der Gesprächsleistung in Höhe von 9,00 € ist das Gesprächsbudget ausgeschöpft, wenn im Durchschnitt bei jedem zweiten Patienten in der Praxis eine Gesprächsleistung abgerechnet wird. Grundsätzlich gilt dabei jedoch: beachten Sie die vorgegebenen Arzt-Patienten-Kontaktzeiten.

6

5.4 Wie errechnet sich das Gesprächsbudget und wie wird es vergütet?

Beispiele:

Eine allgemeinmedizinische Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle:

1.000 BHF * 45 Punkte = 45.000 Punkte (Gesprächsbudget)

Beispiel 1:

Die Praxis rechnet 600 Mal die GOP 03230 ab:

600 x 90 Punkte (9,00 €) = 54.000 Punkte angefordert

45.000 Punkte / 54.000 Punkte * 100 % = 83,333 %

Jedes ärztliche Gespräch (GOP 03230/04230) wird zu 83,333 % (d. h. mit 7,50 €) bewertet.

Beispiel 2:

Die Praxis rechnet 300 Mal die GOP 03230 ab:



300 x 90 Punkte (9,00 €) = 27.000 Punkte angefordert

27.000 Punkte < 45.000 Punkte (Gesprächsbudget)

Jedes ärztliche Gespräch wird zu 100 % (d. h. zu 9,00 €) bewertet.

Das RLV wird ausschließlich durch tatsächlich abgerechnete Gesprächsleistungen, max. bis zum Erreichen des Gesprächsbudgets, belastet.

Die Vergütung der Gesprächsleistungen erfolgt aus dem Regelleistungsvolumen.

5.5 In meiner Praxis mache ich sehr viel psychosomatische Grundversorgung nach den GOPen 35100 und 35110. Nach der Ideologie dieses neuen EBM scheint ja die psychosomatische Grundversorgung zum hausärztlichen Grundversorgungsauftrag zu zählen, wird doch bei der Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung im Behandlungsfall der Versichertenpauschalen nach der GOP 03000 / 04000 auch die Vorhaltepauschale nach der GOP 03040 / 04040 zugesetzt. Da ja wie die Vorhaltepauschale auch die Gesprächsleistung originärer Bestandteil der Versichertenpauschale war, darf ich dann neben Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung auch ein Gespräch nach der GOP 03230 / 04230 abrechnen?

7

In derselben Sitzung ist es nicht möglich, neben Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den GOPen 35100 und 35110 zusätzlich ein Gespräch nach der GOP 03230 / 04230 abzurechnen. Was in derselben Sitzung entsprechend der Leistungslegende zur GOP 03230 / 04230 verboten ist, ist im Behandlungsfall nicht ausgeschlossen. Beachten Sie aber bitte, dass sich die Arzt-Patienten-Kontaktzeiten der GOPen 35100 und 35110 um mindestens 10 Minuten verlängern, wenn Sie diese Leistungen bereits beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt neben der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 / 04000 erbringen.

6. Hausärztliche geriatrische Versorgung (GOP 03360 und 03362)

6.1 Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die GOP 03360 (hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) und 03362 (hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex) abrechnen zu können?

Die Patienten müssen aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen (Codierung mit einem gesicherten auf den geriatrischen Sachverhalt bezogenen ICD-10-Code) und zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:



- bei Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit dem Vorliegen einer Pflegestufe und/oder einer geriatritypischen Morbidität. Dafür muss mindestens eines der folgenden Syndrome dokumentiert sein:
 - multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, eine der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G 20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

6.2 Was ist der obligate Leistungsinhalt des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments?

- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen
und
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS)
und
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)

Das bedeutet, dass alle drei Punkte als Bestandteil des obligaten Leistungsinhalts des geriatrischen Basisassessments erbracht werden müssen, um die Leistung nach der GOP 03360 abrechnen zu dürfen.

6.3 Die GOP 03360 kann 2 x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Wird die bis zum 30.09.2013 gültig gewesene GOP 03240 (EBM 2011: hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) für diesen Krankheitsfall zugrundegelegt?

Nein, mit der erstmaligen Abrechnung der GOP 03360 beginnt ein neuer Krankheitsfall.



6.4 Berechtigt die bis zum 30.09.2013 gültige und ggf. in den vergangenen vier Quartalen abgerechnete GOP 03240 zur Abrechnung der 03362?

Nein, die Abrechnungsmöglichkeit der GOP 03362 setzt zwingend das Vorliegen der Ergebnisse nach der GOP 03360 voraus. Der Leistungsinhalt nach der alten, bis zum 30.09.2013 gültigen GOP 03240 ist nicht vollständig identisch zum neuen Basisassessment nach der GOP 03360. Vielfach werden bei einem stationären Aufenthalt oder in der Reha-Klinik im Rahmen der Zuteilung einer Pflegestufe Assessments gemacht. Der EBM ist jedoch an dieser Stelle eindeutig: Für die Abrechnung der geriatrischen Betreuungspauschale nach der GOP 03362 müssen Sie über die Ergebnisse aus einem Basisassessment nach der GOP 03360 verfügen, das nicht länger als vier Quartale zurückliegt.

6.5 Weil ich sehr viele Heimpatienten betreue, ist die geriatrische Betreuungspauschale nach der GOP 03362 für mich eine ganz wichtige und sinnvolle Ergänzung im EBM. Allerdings ist es bei diesen Patienten sehr aufwendig, ein Basisassessment nach der GOP 03360 vollständig zu erbringen. Muss ich denn auch bei Heimpatienten zwingend durch ein Basisassessment die notwendige geriatrische Betreuung begründen?

Zuerst einmal dürfen Sie das geriatrische Basisassessment nach der GOP 03360 nur zweimal im Krankheitsfall abrechnen; die Abrechnung erfordert die vollständige Erbringung des obligaten Leistungsinhalts. Wenn Sie den geriatrischen Betreuungskomplex nach der GOP 03362 für einen Patienten abrechnen wollen, dann müssen Sie über die Ergebnisse eines Basisassessments nach der GOP 03360 verfügen, die nicht älter als vier Quartale sind. Durch diese Regelung wurde klargestellt, dass Sie lediglich über aktuelle Ergebnisse eines Basisassessments verfügen müssen; wer das geriatrische Basisassessment nach der GOP 03360 erbracht und abgerechnet hat, ist nicht geregelt.

6.6 Muss bei der Abrechnung des geriatrischen Betreuungskomplexes nach der GOP 03362 etwas Besonderes beachtet werden?

Wichtig ist: Wenn Sie beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die 03362 erbringen, den geriatrischen Betreuungskomplex also neben der Versichertenpauschale abrechnen, dann muss es in demselben Quartal zu einem weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommen. Damit sind zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall Voraussetzung für die Abrechnung des geriatrischen Betreuungskomplexes nach der GOP 03362.



6.7 Wie werden die GOP 03360 und 03362 vergütet?

Für die neuen geriatrischen Leistungen, die neuen palliativmedizinischen Leistungen und die neue sozialpädiatrische Leistung werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein besonderes Verteilungsvolumen gebildet, aus dem die Leistungen ggf. quotiert bezahlt werden.

7. Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370/04370 bis 03373/04373)

7.1 Wie oft kann die GOP 03370/04370 (Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan) abgerechnet werden?

Die GOP 03370/04370 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Da davon auszugehen ist, dass die Lebenserwartung eines palliativmedizinischen Patienten auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist, kann de facto die palliativmedizinische Ersterhebung nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden.

7.2 Wie verhalten sich die neuen palliativmedizinischen Leistungen der Nr. 3.2.5 / 4.2.5 zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)?

Erhält der Patient bereits eine Vollversorgung nach der Richtlinie zur Verordnung der SAPV, dann können Sie in Ihrer Praxis lediglich die palliativmedizinische Ersterhebung nach der GOP 03370 / 04370 abrechnen. Soweit Sie als Vertragsarzt bei dem Patienten bereits äquivalente Leistungen im Rahmen der SAPV erbringen, sind die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 / 04370 bis 04373 nicht berechnungsfähig.

10

7.3 Wie werden die Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung vergütet?

Für die neuen palliativmedizinischen Leistungen, die neuen geriatrischen Leistungen und die neue sozialpädiatrische Leistung werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung besondere Verteilungsvolumen gebildet, aus denen die Leistungen ggf. quotiert bezahlt werden.

8. Sozialpädiatrische Versorgung (GOP 04355)

8.1 Darf ich als Hausarzt, wenn ich sozialpädiatrische Leistungen in meiner Praxis erbringe, auch die neue GOP 04355 abrechnen?

Nein – die Sozialpädiatrie nach der GOP 04355 ist eine neue Leistung des EBM-Kapitels 4 „Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin“. Gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 dürfen die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden.



8.2 Ist die Abrechnung der Sozialpädiatrie nach der GOP 04355 an besondere Voraussetzungen geknüpft?

Nein – Sie benötigen für die Abrechnung dieser Leistung keine gesonderte Abrechnungsgenehmigung und müssen auch keine Zusatzqualifikation vorweisen. Aber: die GOP 04355 ist nur bei bestimmten Erkrankungen berechnungsfähig. Im kursiven Teil zur Leistungslegende sind abschließend die Krankheitsbilder genannt, die mittels der GOP 04355 sozialpädiatrisch beraten, erörtert oder abgeklärt werden können. Bitte verschlüsseln Sie die entsprechende Krankheit gemäß ICD-10-GM.

8.3 Im obligaten Leistungsinhalt zur Sozialpädiatrie ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit einer Dauer von 15 Minuten vorgeschrieben. Ist es möglich, wenn Beratung, Erörterung und/oder Abklärung länger dauern, neben dieser Leistung ein zusätzliches Gespräch nach der GOP 04230 abzurechnen?

Soweit sich die Arzt-Patienten-Kontaktzeit um weitere 10 Minuten verlängert, ist es durchaus möglich, in derselben Sitzung zusätzlich eine Gesprächsleistung nach der GOP 04230 abzurechnen. Beachten Sie aber bitte: Wenn Sie beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt neben der Versichertenpauschale nach der GOP 04000 die Sozialpädiatrie nach der GOP 04355 erbringen, verlängert sich dann die Arzt-Patienten-Kontaktzeit bereits auf mindestens 25 Minuten, weil der fakultative Leistungsinhalt der Versichertenpauschale bereits ein Gespräch von bis zu 10 Minuten Dauer enthält.

8.4 Wie wird die Leistung der sozialpädiatrischen Versorgung vergütet?

Für die neue sozialpädiatrische Leistung, die neuen geriatrischen Leistungen und die neuen palliativmedizinischen Leistungen werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung besondere Verteilungsvolumen gebildet, aus denen die Leistungen ggf. quotiert bezahlt werden.