

KOMPAS – „Abrechnung in der Hausarztpraxis“

Magdeburg, den 14.02.2025

Andreas Welz
Referent
Abteilung Abrechnung

Themen

Basiswissen der vertragsärztlichen Abrechnung

Digitalisierung in den Praxen

DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Diabetische Füße

Labor und Laborpfade

Beratungsangebot KVSA

Basiswissen der vertragsärztlichen Abrechnung

Aufbau des EBM

I Allgemeine Bestimmungen	Erbringung der Leistungen, Kennzeichnungspflicht, Altersgruppen, Definitionen etc.
II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen	Allgemeine Leistungen nicht qualifikationsgeb. diagn. und therapeutische Leistungen
III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich Anästhesie, Gynäkologie, Chirurgie etc.
IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	Spezielle Versorgungsbereiche Ambulante Operationen Laboratoriumsmedizin MRT/CT etc.
V Kostenpauschale	Porto, leistungsbezogene Kostenpauschalen
VI Anhänge 1 - 5	nicht berechnungsfähige Leistungen Operationen- und Prozedurenschlüssel zu den Leistungen der Kapitel 31 & 36
VII ambulante spezialfachärztl. Versorgung (ASV)	bei Tuberkulose, onkologischen Erkrankungen etc.

Bewertung der Leistungen im EBM

Verbindliche
bundeseinheitliche
Festlegung der
Leistungsinhalte,
Abrechnungsausschlüsse
und Bewertung in
Punkten, für Sachkosten
in Euro



EBM = regionale Eurogebührenordnung bewertet in
Euro mit dem landes-spezifischen Punktwert

- Kann identisch mit dem Orientierungswert sein
- Kann landesspezifisch abweichend vom Orientierungswert sein, wenn regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur bestehen
- Kann z. B. bei besonders förderfähigen Leistungen mit Zuschlägen versehen werden

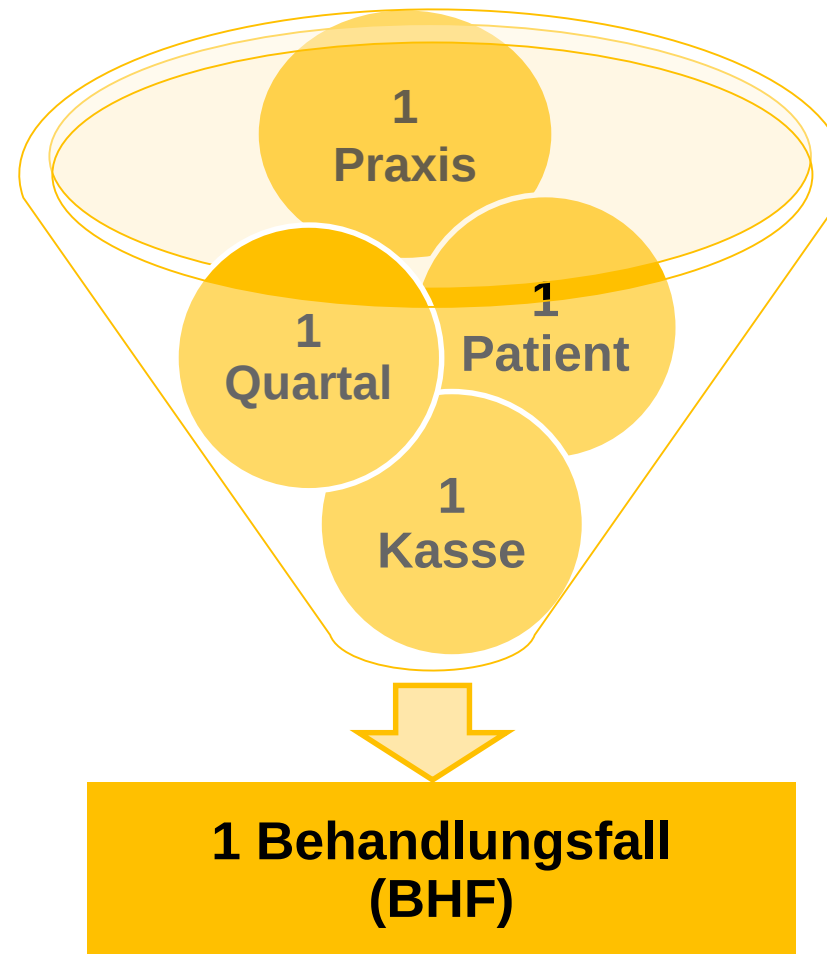
Orientierungswert:	2023	2024	2025
	11,4915 ct	11,9339 ct	12,3934 ct
Beispiel:			
GOP 03230 (128 P.)	14,71 €	15,28 €	15,86 €

Allgemeine Bestimmungen

- EBM ist nicht analogfähig
- Kennzeichnungspflicht (LANR/BSNR)
- Qualifikationsvoraussetzungen beachten
- Leistungsinhalte:
 - Obligat immer erbringen (auf Wortverbindungen achten)
 - Fakultativ vorhalten, im Einzelfall zu erbringen
- Persönliche Leistungserbringung
- Berichtspflicht
- Begriffsdefinitionen für Abrechnungsbestimmungen
- Kosten (enthalten, nicht enthalten)

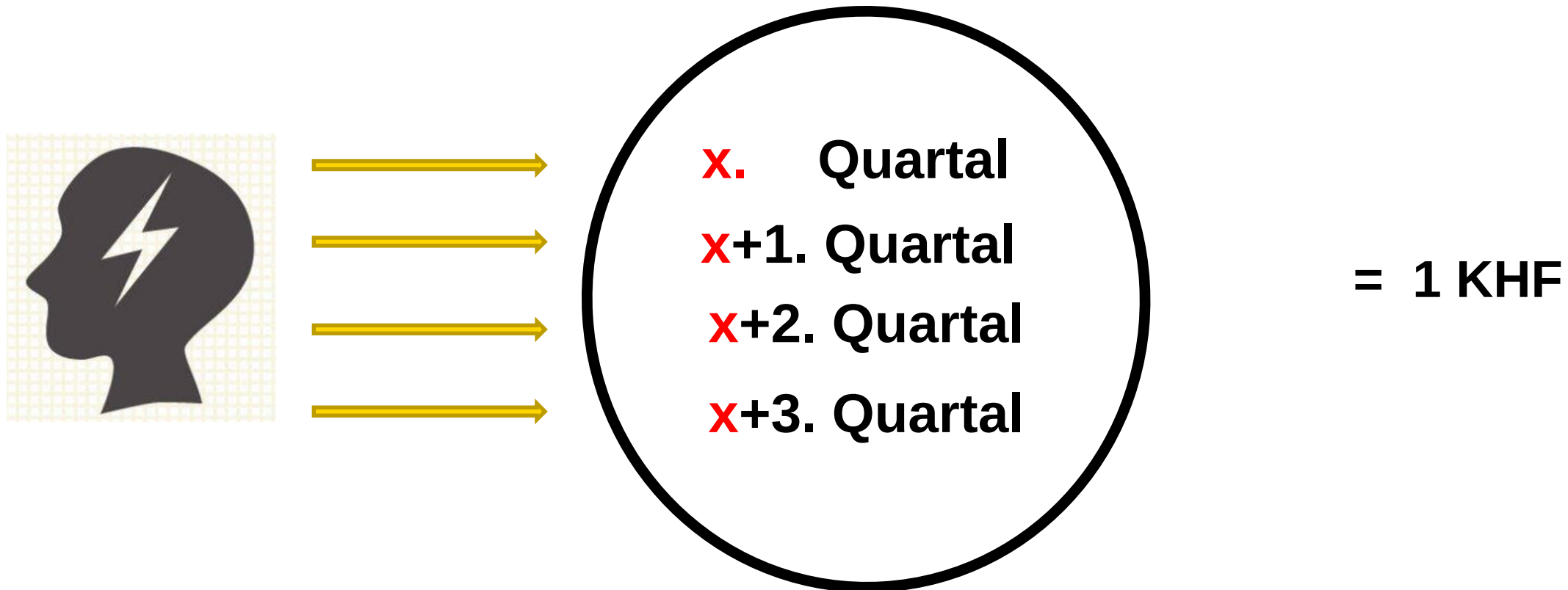
Bitte Allgemeine Bestimmungen vor
Abrechnung über EBM durchlesen.

Behandlungsfall (BHF)

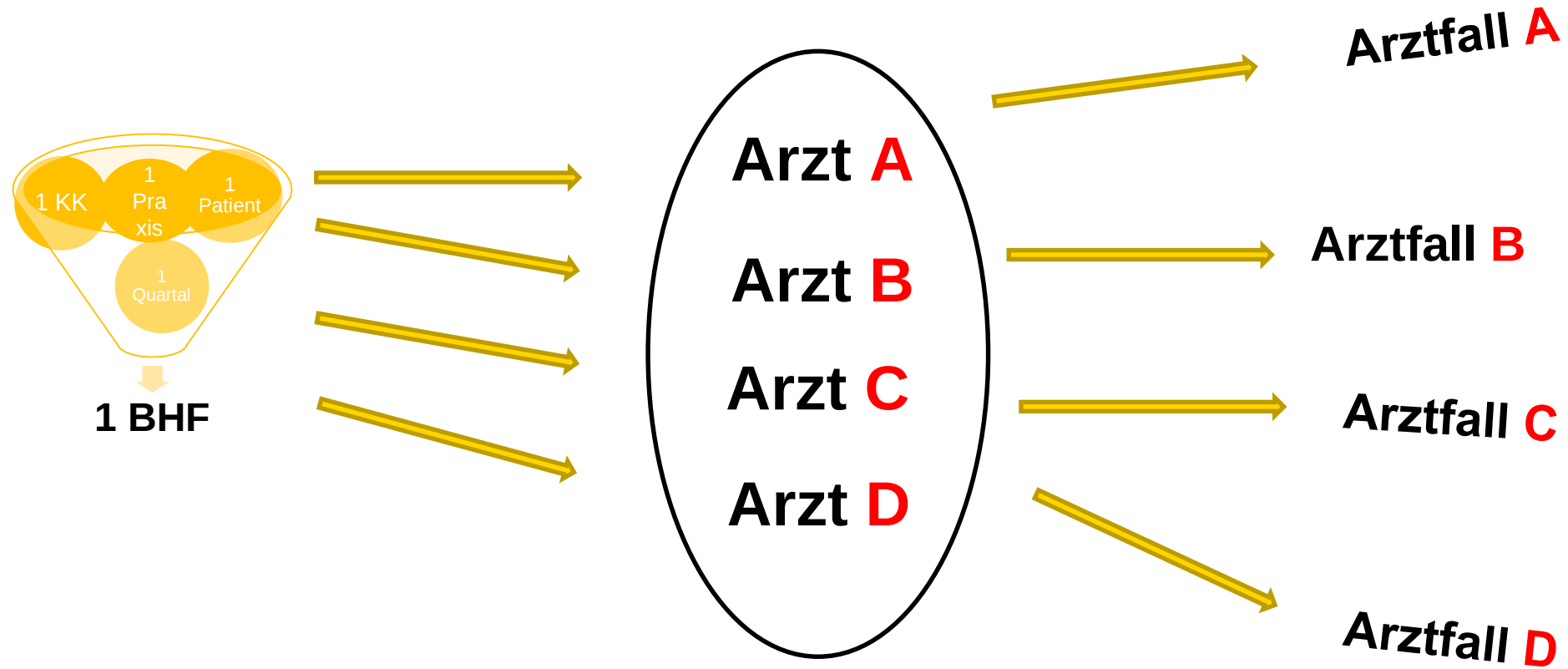


Krankheitsfall (KHF)

Leistung nur **x**-mal innerhalb von **4** Quartalen abrechenbar



Arztfall (AF)



Arztfall = unabhängig vom Tätigkeitsort

Arztfall (AF) vs. Behandlungsfall (BHF)

GOP 01430

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen APK und/oder
- Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen APK und/oder
- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal
- Im **gleichen AF** nicht mit VP/GP/KP, da die GOP dann Bestandteil der VP/GP/KP ist und somit berichtigt wird
- Nur alleine am Tag berechnungsfähig

GOP 01435

- Telefonische Beratung des Patienten durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt
 - **1-mal im BHF**; bei Pat. bis vollend.12. Lj. 2-mal im BHF
 - Im **gleichen AF nicht** mit VP/GP/KP
 - Nur alleine am Tag berechnungsfähig
 - Nicht im Notfalldienst

Abrechnungsbeispiel

Pat. (35 Jahre) ruft in Praxis zur Beratung an – telefonisch
Arzt A hat Sprechstunde

1 BHF

03.01.

~~01435 (LANR Arzt A)~~

Pat. kommt in Praxis wegen Sodbrennen - A-P-K;
Arzt A hat Sprechstunde

Arztfall A

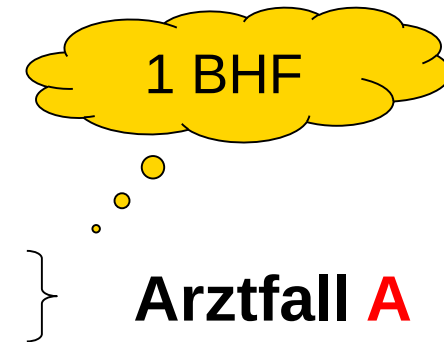
03.02.

03003 (LANR Arzt A)

Abrechnungsbeispiel

Pat. (35 Jahre) ruft in Praxis zur Beratung an – telefonisch
Arzt A hat Sprechstunde

03.01. 01435 (LANR Arzt **A**)



Pat. (35 Jahre) kommt in Praxis zur Beratung - Sodbrennen A-P-K;
Arzt B hat Sprechstunde

03.02. 03003 (LANR Arzt **B**)



Weitere Fall- u. Ausschlussdefinitionen

- Je Sitzung
 - alle im Rahmen einer Inanspruchnahme erbrachten Leistungen
- Behandlungstag
 - Datum der Behandlung (egal wie viele Kontakte am Tag)
- Arzt-Patienten-Kontakt
 - setzt den Kontakt mit Arzt (A-P-K) voraus (z. B. auch telefonisch möglich)
- Persönlicher A-P-K
 - direkter Kontakt zwischen Arzt und Patient an einem Ort
- Mittelbarer Kontakt
 - z. B. Videosprechstunde

Organisierter Bereitschaftsdienst

Erstkontakt	Fahrdienst	Sitzdienst
Mo – Fr von Dienstbeginn – 19:00 Uhr	01210 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01210
Mo - Fr 19:00 Uhr – 07:00 Uhr	01212 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01212 a)
Sa, So, Feiertag, 24.12., 31.12.	01212 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01212
Folge- oder telefonischer Arzt- Patienten-Kontakt	Fahrdienst	Sitzdienst
Mo – Fr 07:00 Uhr – 19:00 Uhr	01214 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01214
Mo – Fr 19:00 – 22:00 Uhr	01216 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01216
Mo – Fr 22:00 Uhr – 07:00 Uhr	01218 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01218
Sa, So, Feiertag, 24.12., 31.12 07:00 Uhr – 19:00 Uhr	01216 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01216
Sa, So, Feiertag, 24.12., 31.12 19:00 Uhr – 07:00 Uhr	01218 + 01418 zzgl. ggf. Wegepauschalen*	01218

*zzgl. ggf. Wegepauschalen

GOP	Legende
90201	< 2 km Radius
90202	> 2 km – 5 km Radius
90203	> 5 km – 10 km Radius
90210	> 10 km Radius (je angefangene 5 km) Zuschlag zu 90203
ggf. 90212	Nachtzuschlag zu 90201, 90202, 90203 → 19:00 Uhr – 07:00 Uhr

- Uhrzeitangabe (FK 5006) hinter Notfallpauschalen 01210 bis 01218
- Bei Telefonkontakten kein Besuch und keine Wegepauschale berechnungsfähig
- Soweit medizinisch vertretbar in Videosprechstunde möglich
- Behebung der akuten Situation und nicht in Spalte GP im Anhang 1 EBM mit x gekennzeichnete Leistungen

Zuschläge im organisierten Bereitschaftsdienst

GOP 01223

Zuschlag zur GOP 01210 kann nur bei Erfüllung mind. einer der nachfolgenden gesicherten Diagnosen berechnet werden:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis
- in Fällen, in denen auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Diagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist – ausführliche medizinische Begründung

Zuschläge im organisierten Bereitschaftsdienst

GOP 01224

Zuschlag zur GOP 01212 siehe GOP 01223

GOP 01226

Zuschlag zur GOP 01212 nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder
- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder
- Patienten ab 69 Jahre mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom und/oder
- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen:
 - F00-F02 dementielle Erkrankungen
 - G30 Alzheimer-Erkrankung
 - G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und
 - G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

Hausärztlicher Versorgungsbereich – Kapitel 3 EBM

- Präambel Kapitel 3 EBM beachten
- Versichertenpauschale GOP 03000
 - 1. kurativer Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall (nur 1 x im BHF und AF)
 - unterliegt einer Altersstaffelung und beinhaltet bereits zahlreiche Leistungen (Anhang 1 EBM)

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)	x	x	x
	Absaugung körpereigener Flüssigkeiten	x	x	x
	Abschabung der Hornhaut des Auges		x	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	x	x	
	Aderlass	x	x	x

Chronikerpauschale I (GOP 03220)

- **GOP 03220**
 - Zuschlag zur Versichertenpauschale (VP) nach GOP 03000/04000
 - Pers. Arzt-Patienten-Kontakt
 - Vorliegen mind. einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung
 - Notwendigkeit kontinuierliche ärztl. Behandlung/Betreuung wegen derselben chronischen Erkrankung (4-3-2-1- Regelung)
 - Zeitraum der letzten 4 aufeinanderfolgenden Quartale (inkl. Abrechnungsquartal)
 - In 3 Quartalen mind. ein APK
 - Davon mind. 2 persönliche APK (1 x per Video möglich)
- **Hausarztwechsel oder neue Praxis – Kennzeichnung mit „H“ notwendig**
 - Kennzeichnungsdauer: aktuelles Quartal + 2 bzw. 3 folgende Quartale (bis kontinuierliche Behandlung erfüllt ist)
 - GOP 03220H/04220H

Chronikerpauschale II (GOP 03221)

- **GOP 03221**
 - Zuschlag zur GOP 03220
 - Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte
 - Auch hier bei Hausarztwechsel oder neue Praxis Kennzeichnung mit H

- **Beispiel: Pat. nach Hausarztwechsel, chronisch krank in BAG mit 2 Ärzten**

Quartal	Diagnosen	Behandlungstage	Leistungen
4/2024	E11.90G Z00.0G Z25.1	06.11.2024	03003, 03040, 03060, 03061, 32001, 03220H, 03222, 03230, 99823, 32880, 32881, 32066, 32094, 32022, 01732, 01734 (Arzt A)
	R10.4	21.11.2024 04.12.2024 13.12.2024	03221H, 33042 (Arzt B) 01435 (Arzt B) 89112, 03230 (Arzt A)

weitere hausärztliche Leistungen

- GOP 01100 / 01101 unvorhergesehene Inanspruchnahme
- GOP 01102 Samstagssprechstunde (07:00 bis 19:00 Uhr)
- Besuche:
 - GOP 01410 Vereinbarter Besuch, wegen der Erkrankung ausgeführt
 - GOP 01413 Mitbesuch
 - GOP 01411 / 01412 dringender Besuch (Uhrzeiten/Wochentage beachten), direkt nach Bestellung ausgeführt
 - GOP 01415 dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen / Altenheimen mit Pflegepersonal, noch am Tag der Erkrankung ausgeführt
- Besondere Leistungen der kooperativen Pflegeheimbetreuung (Kapitel 37.2)
- GOP 01480 Beratung zur Organspende (alle 2 Kalenderjahre, ab 14 Jahren)
- Früherkennungsuntersuchungen
 - z. B. Check up – GOP 01732, erweiterter Check up – GOP 99022 (KV-eigene Lstg), Krebsfrüherkennung Mann – GOP 01731, Screening auf Bauchaortenaneurysma GOP 01747 und 01748, GOP 01734 Screening auf Hep. B und/oder C, GOP 01745 oder 01746 Hautkrebsscreening (genehmigungspflichtig)

weitere hausärztliche Leistungen

- Gesprächsleistung – GOP 03230
- GOP 03062 / 03063 Besuch / Mitbesuch durch Verah
- Geriatrische Leistungen ohne und mit Qualifikation (03360, 03362, 30.13)
- Palliativmedizinische Leistungen ohne und mit Qualifikation (03370 bis 03372, 37.3)
- GOP 03330 Spirometrie
- Langzeit RR 03324 (genehmigungsfrei), Langzeit-EKG 03322 (Anlegen) und 03241 (Auswertung) (beide genehmigungspflichtig)
- Belastungs-EKG – 03321
- Telemonitoring Herzinsuffizienz (03325, 03326)

weitere hausärztliche Leistungen

- Kleinchirurgie:
 - GOP 02300 bis 02302 kleinchirurgische Eingriffe/primäre Wundversorgung
 - GOP 02310 sekundär heilende Wunden / Decubitalulcus
 - GOP 02312 chronisch venöser Ulcus cruris
 - GOP 02313 Kompressionstherapie bei chron. venöser Insuffizienz etc.

- GOP 31010 bis 31013 prä-OP bei ambulanter oder belegärztlicher OP oder Zahn-OP
- 31600 Post-OP nach ambulanter OP entsprechend OPS nach Anhang 2 zum EBM

- Sonographien – Kap. 33
 - z. B. Oberbauch - GOP 33042, Schilddrüse – GOP 33012

- Psychosomatik – GOP 35100, 35110

- Kostenpauschalen Kapitel 40.4 EBM
 - z.B. 40110 (Briefporto), 40111 (Faxporto), 40130 (Versand eAU an Krankenkasse)

Digitalisierung den Praxen

Digitalisierung in der Praxis

Digitalisierung und TI in der Praxis

**Elektronischer
Medikationsplan
(eMP)**

**Versicherten-
stammdaten-
management
(VSDM)**

**Elektronische
Patientenakte
(ePA)**

**Notfalldaten-
management
(NFDm)**

**Elektronische
Arbeitsunfähig-
keitsbe-
scheinigung
(eAU)**

**Digitale
Gesundheits-
anwendungen
(DiGA)**

**Elektronisches
Rezept
(eRezept)**

**Elektronischer
Arztbrief
(eArztbrief)**

elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - eAU

■ Zweck:

- Meldung der AU elektronisch an Kasse
 - Ersatzverfahren: Papierausdruck auf Stylesheet
 - AU muss vom Arbeitgeber bei Kasse abgerufen werden

■ Notwendige Technik:

- Anschluss an die TI
- ePA-Konnektor-Update (PTV 4)
- KIM-Dienst
- PVS-Modul für eAU
- eHBA (elektronischer Heilberufsausweis) der zweiten Generation für die qualifizierte elektronische Signatur
- eventuell ein zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer

HINWEIS:

- Ausdrücke sind auf Kopierpapier auszudrucken (Stylesheet)
- Bei technischem Ausfall eAU ausdrucken und mittels GOP 40130 an die Krankenkassen versenden (nicht 40110 verwenden)

Telefonische Krankschreibung – dauerhafte Regelung

- 07.12.2023: dauerhafte Regelung beschlossen
- **Voraussetzungen:**
 - bekannten Patienten, wenn keine Videosprechstunde möglich
 - Erkrankung ohne schwere Symptomatik
 - Erstbescheinigung bis zu 5 Kalendertage
 - Folgebescheinigung, nur bei vorausgegangener Untersuchung und derselben Erkrankung
- Kein Anspruch auf eine telefonische AU, Entscheidung obliegt Arzt
- **Abrechnung:**
 - GOP 01435 – bei telef. Kontaktaufnahme durch Patient (ohne VP im Arztfall)
 - Einlesen der eGK nicht erforderlich, Abrechnung per Ersatzverfahren
 - Porto für den Versand: GOP 40128 für Versand der AU an den Patienten

Telefonische Krankschreibung Kinder (Muster 21)

- Seit 18.12.2023: telefonischen AU auch auf die Muster 21 erweitert
 - **Voraussetzungen:**
 - „bekannte“ Kinder unter 12 Jahren (keine Altersgrenze bei Kindern mit Behinderung)
 - Erkrankungen ohne schwere Symptomatik
 - Bis zu 5 Kalendertage möglich
 - Wenn Videosprechstunde nicht möglich ist
- Kein Anspruch auf eine telefonische AU, Entscheidung obliegt Arzt
- **Abrechnung:**
 - GOP 01435 – bei telef. Kontaktaufnahme durch Eltern (ohne VP im Arztfall)
 - Einlesen der eGK nicht erforderlich, Abrechnung per Ersatzverfahren
 - Porto für den Versand: die GOP 40129 für Versand der Bescheinigung

AU–Bescheinigung per Video

■ Grundsatz:

- Feststellung der Erst-AU per Video erfolgt nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung
 - per Video bis zu 7 Tage möglich für bekannte Patienten
 - per Video bis zu 3 Tage für unbekannte Patienten
 - wenn keine sichere Beurteilung der AU per Video möglich sollte unmittelbar persönliche Untersuchung erfolgen (Patient hat keinen Anspruch auf die Feststellung der AU per Video)
- Folge-AU nur im persönlichen Kontakt möglich!

- Portoleistung GOP 40128 bei Versand an den Patienten nach Muster 12, 13 oder 61 in Videosprechstunde

ePatientenakte (ePA)

■ Zweck:

- Übertragung von Informationen in die zentrale ePA des Patienten
 - zentrales Element der vernetzten Gesundheitsversorgung
- Fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation
- Daten des Patienten liegen auf zentralen Servern der Krankenkasse
- Krankenkassen und auch ePA-Anbieter haben keine Einsicht in die Daten

■ Notwendige Technik:

- Anschluss an die TI
- ePA-Konnektor-Update (PTV 4)
- PVS-Modul für ePA & Softwareversion 3.0 „ePA für alle“ ab Januar 2025
- eHBA (elektronischer Heilberufsausweis) der zweiten Generation für die qualifizierte elektronische Signatur
- PIN für eGK: die PIN müssen Versicherte zuvor bei ihrer Krankenkasse angefordert und zur Hand haben
- eventuell ein zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer

ePA in der Praxis – neu aufgelegt ab 2025

- Ab 15. Januar 2025 wird von den Kassen für alle gesetzlich Versicherten eine ePA angelegt
 - Versicherte können der Anlage der ePA oder einzelnen Inhalten widersprechen (Opt-Out-Prinzip)
- Pilotphase startete am 15. Januar 2025 in Franken, Hamburg und in Teilen Nordrhein-Westfalens
 - Dauer der Pilotphase war auf vier Wochen angesetzt
 - Verlaufen die Tests reibungslos, soll der bundesweite Rollout erfolgen
 - Bundesweiter Starttermin nach BMG der 15. Februar 2025, wird aber vorauss. verschoben
- Praxis hat zukünftig automatisch Zugriff auf die ePA-Inhalte für einen Zeitraum von 90 Tagen
 - Versicherter kann Zugriff einer Praxis auf Inhalte vielfältig beschränken, indem er widerspricht, Inhalte verbirgt oder löscht und kann Zugriff auch verkürzen/verlängern

ePA ersetzt nicht die Primärdokumentation des Leistungserbringers, die im PVS gespeichert ist !

Praxen sind nach Gesetz und Berufsrecht weiterhin verpflichtet, alle medizinisch relevanten Informationen für die Behandlung eines Patienten zeitnah in ihrer lokalen Patientenakte zu dokumentieren – elektronisch oder auf Papier

Diese Daten kommen in die ePA

Durch Praxis, gesetzlich geregelt

- Befundberichte
- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Laborbefunde
- eArztbriefe
- Geplant:
 - Elektronische Medikationsplan
 - Daten zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit (Allergien, Körperl. Zustand)

Durch Praxis, auf Patientenwunsch

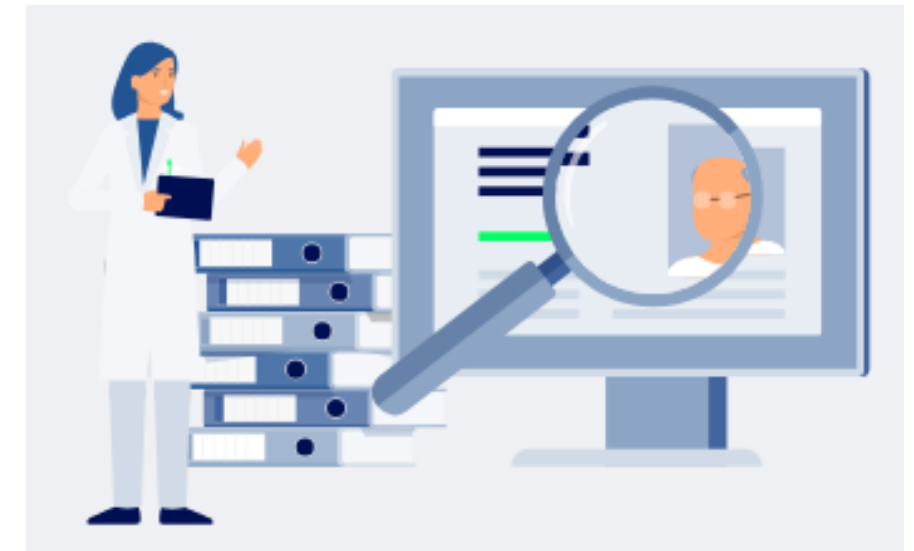
- Elektronische Verarbeitung der „Wunsch-Daten“ des Patienten setzt Einwilligung voraus
- Technisch noch nicht zum Beginn möglich
- Geplant:
 - Daten aus DMP
 - Kopie eAU-Bescheinigungen
 - Organ- und Gewebespende
 - Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen
 - Elektr. Abschrift der Behandlungsdokumentationen

Weitere Daten

- auch KK, KH, Zahnärzte sind verpflichtet Daten einzupflegen
- Elektronische Medikationsliste (aus Verordnungsdaten vom e-Rezept-Server)
- ggf. Abrechnungsdaten der KK (inklusive Diagnosecodes)
 - sichtbar für Versicherte in der ePA-App, Widerspruch in der App mögl.
- Patientendaten (Gesundheits- und Fitnessdaten aus Wearables)

ePA in der Praxis – Rechte und Pflichten

- Widerspruchsrechte der Versicherten
 - Widerspruch gegen die Bereitstellung der ePA
-> an die Krankenkasse zu richten
 - Widerspruch gegen bestimmte Anwendungsfälle
-> in der Praxis, per ePA-App oder Ombudsstelle
- Aufklärungs- und Dokumentationspflichten
 - Welche Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung in die ePA übermittelt
 - Hinweis auf Anspruch zur Übernahme weiterer Daten
-> Einwilligung des Patienten als Vermerk in der Primärdokumentation



ePA in der Praxis – Rechte und Pflichten

- Bei hochsensiblen Daten, insbesondere zu sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen gilt:
 - Patienten können im unmittelbaren Behandlungskontext widersprechen, dass diese Daten in die ePA eingestellt werden
 - Ärzte müssen die Patienten auf das Recht zum Widerspruch hinweisen
 - Der Widerspruch ist nachprüfbar in der Primärdokumentation zu protokollieren
- Ergebnisse von genetischen Untersuchungen oder Analysen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes
 - dürfen nur in der ePA gespeichert werden, wenn der Patient explizit eingewilligt hat
 - Einwilligung muss ausdrücklich in schriftlicher oder elektronischer Form vorliegen



eRezept – verpflichtend seit 01.01.2024

- Signatur mittels eHBA und Versand über PVS - Einlösung durch Patienten über
 - elektronische Gesundheitskarte (eGK)
 - Smartphone
 - Ausdruck
- Verordnung in Praxisräumen für Pflegeheimbewohner:
 - Anbindung TI, eRezept wird ausgestellt, Ausdruck Token
 - Abholung Token MA Pflegeheim und Einlösung Apotheke
- Verordnung im Heimbesuch:
 - Papierrezept (Muster 16)
- weitere Informationen auf unserer Homepage:
 - *www.kvsa.de Start > Praxis > IT in der Praxis > TI-Anwendungen > eRezept*

Stand der Einführung - Ersatzverfahren

- Ersatzverfahren (Muster 16) ist möglich wenn technische Voraussetzungen nicht gegeben sind
 - Soft- oder Hardware nicht verfügbar oder defekt
 - TI oder Internet nicht erreichbar
 - eHBA defekt oder nicht lieferbar
 - Wenn technische Ausstattung die Rezept-Ausstellung maßgeblich verzögert
 - Bei Hausbesuchen (da dort keine TI-Anbindung vorhanden)
 - Rezeptsammelstellen in ländlichen Bereichen (Apothekenbriefkasten)
- Oder Verordnungstyp noch nicht vorgesehen (Hilfsmittel, Verbandmittel und Teststreifen bzw. sonstige nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogene Produkte)

Abrechnung

Elektronische Patientenakte (ePA)

- ⑩01431 (Zusatzpauschale zur 01430, 01435 und 01820)
- ⑩01647 (ePA Folgeeinträge)
- ⑩01648 (ePA Erstbefüllung)

Videosprechstunde

- ⑩01444 (Authentifizierungszuschlag für unbekannten Pat.)
- ⑩01450 (Zuschlag Videosprechstunde)

eArztbrief

- ⑩86900 (Versand eArztbrief)
- ⑩86901 (Empfang eArztbrief)
- ⑩ (Vergütung nicht abschließend geklärt, daher Leistungen weiterhin ansetzen – Umsetzung durch KVSA)

Notfalldatenmanagement

- ⑩01640 (Anlage Notfalldatensatz)
- ⑩01641 (Zuschlag Notfalldatensatz – setzt KVSA zu)
- ⑩01642 (Löschen Notfalldatensatz)

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

- Ziel: Krankheiten erkennen, überwachen, behandeln oder lindern
- Verordnung: Rezept (Muster 16) nach medizinischer Indikation
- Abrechnung:

■ DiGA „somnia“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01471
■ DiGA „Vivira“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01472
■ DiGA „zanadio“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01473
■ DiGA „Oviva direkt“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01475
■ DiGA „Mawendo“	Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten	GOP 01476
■ DiGA „companion patella“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01477
■ DiGA „Kranus Lutra“	Verlaufskontrolle und Auswertung	GOP 01478

DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Diabetische FüÙe

DMP - Allgemeines

- Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte
- Behandlung und Betreuung wird koordiniert und anhand aktueller wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse optimiert
- Ziel ist Verbesserung der Versorgung und Vermeidung von bedingten Folgeschäden und Komplikationen
- DMP Abrechnung – Genehmigungspflicht
 - DMP Diabetes mellitus Typ 1
 - DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - DMP Asthma / COPD
 - DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
 - DMP Brustkrebs
 - DMP Osteoporose
- Wird künftig durch weitere Krankheitsbilder ergänzt (z.B. Adipositas in Planung)

DMP Diabetes mellitus Typ 2

GOP	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
DMP Diabetes mellitus Typ II					
99819	Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3 des DMP-DM2-Vertrages und Führung des Diabetespasses	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'n alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen	ja	Versicherte der AOK und IKK mit mehreren DMP Diagnosen können anhand der wesentlichen Behandlungsbedürftigkeit (Leitdiagnose) in ausschließlich ein DMP eingeschrieben werden.
99823	Erstellung u. Versand der Folgedokumentationen durch Ärzte nach § 3 und Führung des Diabetespasses	22,50 €			Für Versicherte der Knappschaft, BKK'n und Ersatzkassen ist im Arztfall nur die Dokumentation eines DMP-Programms berechnungsfähig.
99819	Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (I) sowie intensives Patientengespräch	SVLFG: 20,00 € Polizei: 22,50 €	SVLFG ehemals LKK Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871)		Versicherte der SVLFG ehemals LKK und Polizei müssen nicht eingeschrieben werden, ebenso braucht keine Erst- und Folgedokumentation erstellt werden
99823	Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (II)	SVLFG:15,00 € Polizei: 22,50 €			
99828	Behandlung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten bei halbjährlicher Dokumentation in einem Quartal, in dem keine Dokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Versicherten-Kontakt erfolgte	10,00 €	alle AOK'en		Vertrag: Frau Scherbath 0391 627 6236 Genehmigung: Frau Hahne 0391 627 6447

DMP Diabetes mellitus Typ 2 – Schulungen Auszug

GOP	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
DMP Diabetes mellitus Typ II					
99820A	Schulungsprogramm Diabetes & Verhalten, für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 10 Unterrichtseinheiten innerhalb von 3 bis 5 Wochen für bis zu 10 Patienten	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'n alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen SVLFG ehemals LKK Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath 0391 627 6236 Genehmigung: Frau Hahne 0391 627 6447
99821A	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820B	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 Wochen erteilt werden sollten; bis 4 Patienten	20,00 €			
99821B	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820C	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patient.	20,00 €			
99821C	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820D	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die nicht Insulin spritzen; 4 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 – 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 – 10 Patienten	20,00 €			
99821D	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820E	MEDIAS 2 Schulung ohne Insulin für Patienten im mittleren Lebensalter (40 bis 65 Jahre); 12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 6 – 10 Patienten	20,00 €			
99821E	Schulungsmaterial	10,74 €			

DMP Diabetes mellitus Typ 2 – weitere Leistungen durch SPP

GOP	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
DMP Diabetes mellitus Typ II					
99830H	COPD-Schulungsprogramm „ATEM“ 4 Unterrichtseinheiten (je 120 Minuten, die in einem angemessenen Zeitrahmen zu erfolgen haben für bis zu 8 Patienten	37,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft SVLFG ehemals LKK Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Die GOP 99822C und 99822D sind insgesamt nur 3-mal im Kalenderjahr berechnungsfähig.
99831H	Schulungsmaterial	10,00 €			
99822C	Behandlung und Betreuung durch SPP Diabetiker Typ 2 mit Insulin; 1-mal im Behandlungsfall, jedoch max. 3-mal im Kalenderjahr	SVLFG: 50,00 € Übrige: 40,00 €			
99822D	Behandlung und Betreuung durch SPP Diabetiker Typ 2 ohne Insulin; 1-mal im Behandlungsfall, jedoch max. 3-mal im Kalenderjahr	SVLFG: 50,00 € Übrige: 40,00 €			
99826	Früherkennungsleistung b. Diabetikern hinsichtlich der Retinopathia diabetika; ein- oder zweijährlich (risikoabhängig)	10,00 €	(VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	abrechenbar durch Augenarzt	ein- oder zweijährlich (risikoabhängig) auf Überweisung Bei AOK und IKK ist die 06333 daneben ausgeschlossen
99827	Untersuchung zur Vermeidung der Dialysepflichtigkeit bei diab. Nephropathie	10,00 €	alle BKK'en Knappschaft	abrechenbar durch Nephrologen	auf Überweisung

Diabetisches Fußsyndrom

- GOP 02311 - Behandlung Diabetischer Fuß
 - Obligat:
 - Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß
 - Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk
 - Fakultativ:
 - Verband
 - Je Bein, je Sitzung
 - **Genehmigungspflichtig** (im Durchschnitt der letzten 4 Quartale mind. 100 Patienten mit Diabetes behandelt und Genehmigung für Schulungen vorweisen kann)
- Fußambulanz für diabetische Füße
 - Bewerbung an KVSA (www.kvsa.de > Start > Praxis > Genehmigungen > Fußambulanzen: Diabetische Füße)
 - Abrechnung für Fußambulanzen nach Sondervertrag (KV-eigene Leistungen)
 - Abrechnung richtet sich nach Wagner-Stadium, Zeitraum sind in der Regel 8 Quartale, wenn beide Füße betroffen sind Verlängerung auf maximal 15 Quartale der Abrechnung

Labor und Laborpfade

Wirtschaftlichkeitsbonus - Labor

- Festlegung eines oberen und unteren Grenzwertes je Fachgruppe im EBM
- Berechnung der praxisspezifischen Laborkosten pro Behandlungsfall des jeweiligen Quartals
 - eigen erbrachte Laborleistungen
 - Bezogene und veranlasste Laborleistungen (Muster 10+10A)
- Laborbudget-Befreiungsziffern wirken nicht auf alle Laborleistungen des Behandlungsfalles, sondern nur auf spezifische Laborleistungen

Befreiungskennziffern laut EBM 32.1 Nr. 6

Untersuchungsindikation	Kenn- nummer	Ausgenommene GOPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32779; 32816; 32865; 32866; 32867; 32869; 32880; 32881; 32882
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit- Basistherapie	32023	32042; 32066; 32068; 32070; 32071; 32081; 32120; 32461; 32489; 32490; 32491

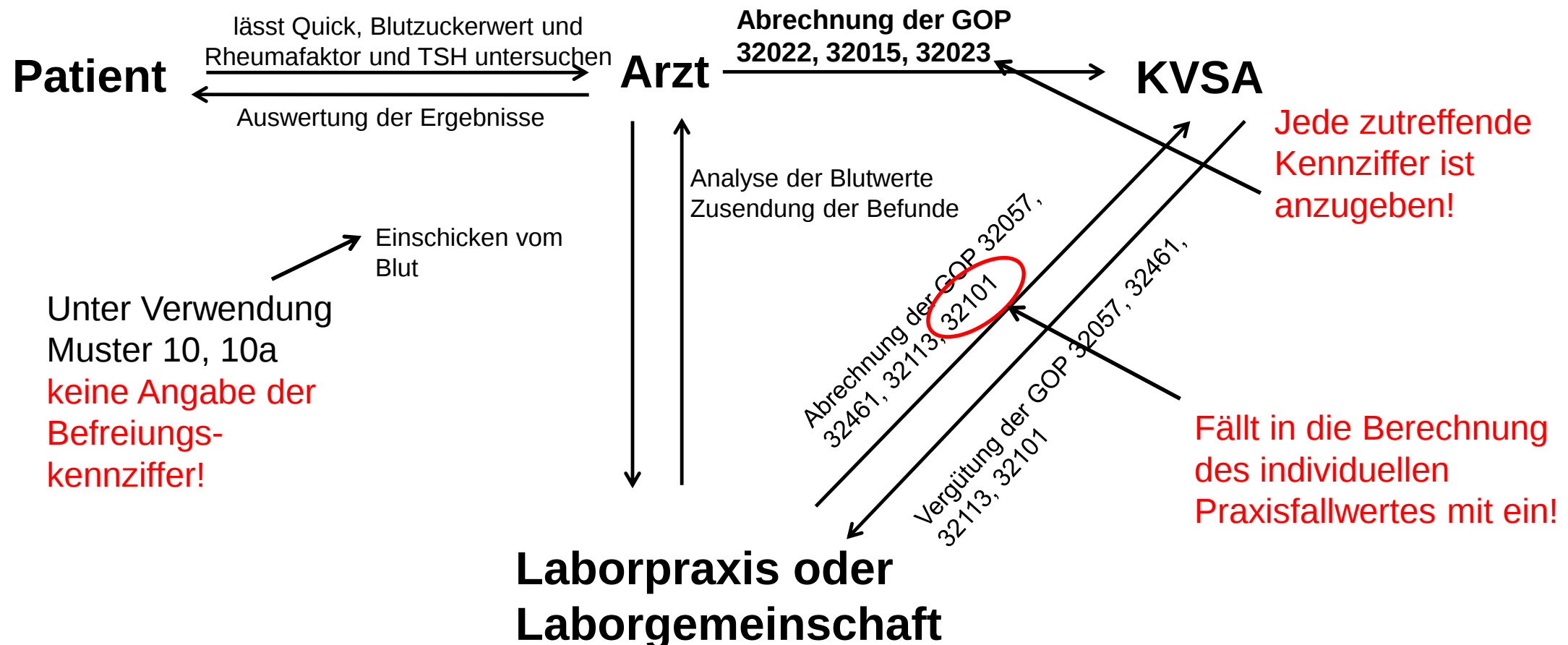
zählen nie mit in die
Berechnung des individuellen
FW des Arztes mit ein,
egal welche Erkrankung der
Patient hat



**www.kvsa.de > Start > Praxis > Abrechnung/Honorar > Wichtige
Abrechnungsinformationen > Befreiungskennziffern Labor mit Erläuterung**

Beispiel für Laborabr. in Verbindung mit Kennziffern

- Patient mit manifestem Diabetes mellitus, oraler Antikoagulantientherapie sowie Rheumatoide Arthritis und Schilddrüsenerkrankung



Beispiel: Angabe Kennziffern

Facharzt erbringt bei einem Diabetiker mit einer Antikoagulantientherapie den Glucose-Wert und Quickwert in seiner eigenen Praxis und veranlasst in der Laborpraxis den HbA1C- sowie den Eisenwert

Angabe in seiner Abrechnung	Angabe auf Muster 10 Schein
32025, 32022 , 32026,	32094, 32085, 32022



The image shows a 'Muster 10 Schein' (Form 10) for laboratory referrals. It is divided into two main sections: patient information and referral details.

Patient Information (Left):

- Krankenkasse bzw. Kostenträger: Techniker Krankenkasse
- Name, Vorname des Versicherten: Max Mustermann
- geb. am: 01.01.1960
- Musterstraße 1, 12345 Musterstadt
- Kostenträgerkennung: 023456789
- Versicherten-Nr.: 11111
- Status: 1
- Betriebsstätten-Nr.: 123456789
- Arzt-Nr.: 2222222
- Datum: 04.10.17

Referral Details (Right):

- Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung
- 1 ☒ Kurativ, 1 ☐ Präventiv, 1 ☐ bei belegärztl. Behandlung, 2 ☐ Unfall, Unfallfolgen
- Auftragsnummer des Labors: Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!
- ggf. Kennziffer: 3 2 0 2 2 (This row is circled in red with a large 'X' over it, indicating it should not be used for the example.)
- Quartal: 4 1 7
- Geschlecht: M
- 7 ☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion
- 8 ☐ Behandlung gemäß § 116b
- 9 ☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16

Laborpfade

- zu den Themen:
 - Anämie
 - Eisenmangel
 - Erkrankungen des ableitenden Harnsystems
 - Glomeruläre Filtrationsrate
 - Hyperthyreose
 - Hypothyreose
 - Isolierte Quick-Wertminderung
 - Rheumatoide Arthritis
 - Thrombophilie
 - Thrombozytose



➡ www.kvsa.de > Praxis > Abrechnung/Honorar > Laborpfade

Beratungsangebot der KVSA

Beratungsangebot der KVSA



Niederlassungsberatung

Workshopreihe Niederlassung

Starterberatung
(Abrechnung, Verordnung, IT etc.)

Weiterführende Themen
(z.B. Honorarberatung)

www.kvsa.de > Start > Praxis > Praxiseinstieg > Beratung & Unterstützung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Andreas Welz

Referent Abteilung Abrechnung

0391 – 627 / 8000

abrechnung@kvsa.de

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg

