

Die wichtigsten Infos zur hausärztlichen Abrechnung

Magdeburg, 16.02.2024

Andreas Welz

Referent

Abteilung Abrechnung

Grundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeit

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)



Aufbau des EBM

I Allgemeine Bestimmungen	Erbringung der Leistungen, Kennzeichnungspflicht, Altersgruppen, Definitionen etc.
II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungsposition	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.

EBM – Definition

Grundlage der Abrechnung vertragsärztlicher und vertrags-therapeutischer Leistungen:

- Beinhaltet alle im Bereich der GKV vertragsärztlich abrechnungsfähigen Leistungen
- Verbindliche Ergänzungen werden über das „Deutsche Ärzteblatt“, KVSA-Homepage, ggf. Zeitschrift „PRO“ oder KVSA- Rundschreiben bekannt gegeben
- **Analogberechnung nicht möglich!**
- Zusätzliche Leistungen durch Sonderverträge
(s. Liste mit KV-eigenen Leistungen im KVSAonline-Portal)

EBM - Definition

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



- **EBM** = regionale Eurogebührenordnung bewertet in Euro mit dem landesspezifischen 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

Berechnung Wert der Leistung im EBM in Euro

- Orientierungswert 2023 = 11,4915 Cent
- Orientierungswert 2024 + 3,85 % = 11,9339 Cent

z.B.	<u>Punkte</u>	<u>2023</u>	<u>2024</u>
GOP 03001	225	25,86 €	26,85 €
GOP 03002	142	16,32 €	16,95 €
GOP 03003	114	13,10 €	13,60 €
GOP 03004	148	17,01 €	17,66 €
GOP 03005	200	22,98 €	23,87 €

EBM – Erbringung der Leistungen

- Pauschal- bzw. Komplexleistungen i. d. R. immer **Vorrang** vor Einzelleistungen (außer bei Zielaufträgen)
- Kennzeichnungspflicht mit LANR und BSNR
- **Obligate** Leistungsinhalte müssen alle verpflichtend erbracht werden
- **Fakultative** Leistungsinhalte müssen nicht, aber können erbracht werden
➡ Arzt muss Leistung vorhalten!

} = Leistungsinhalt
der GOP

Beispiel: Vollständigkeit der Leistungserbringung

GOP 02310 Behandlung sekundär heilende Wunde

Obligater Leistungsinhalt

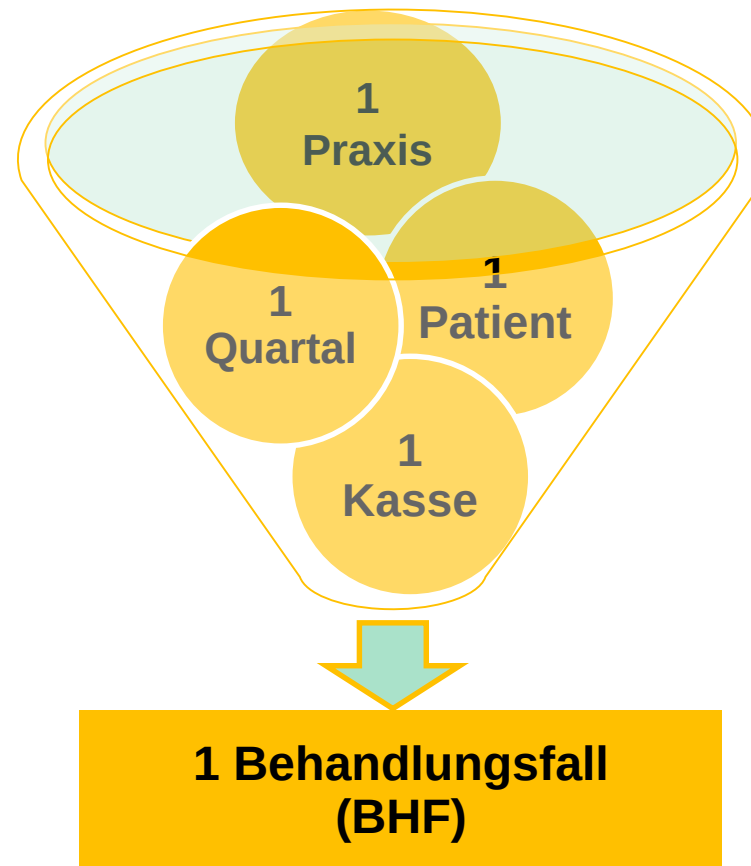
- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement
- ...
- Mind. 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden

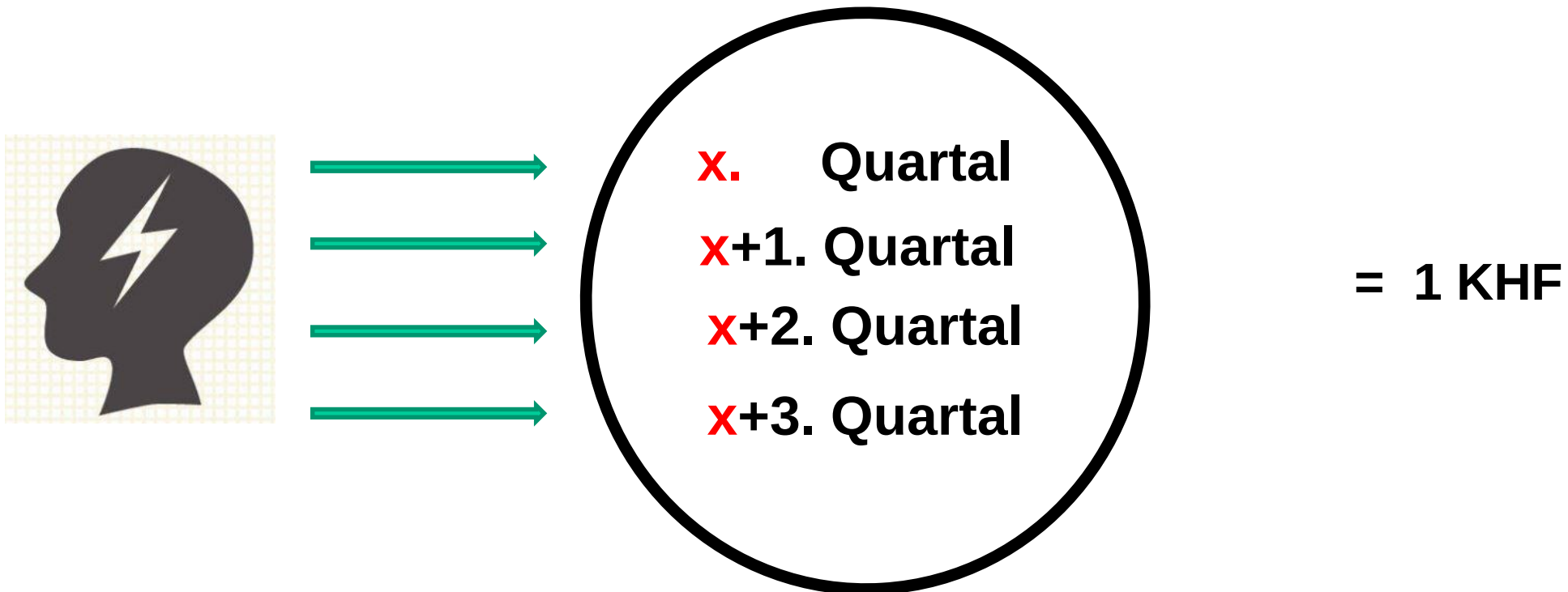
Definition der Abrechnungsbestimmungen & Pauschalen

Behandlungsfall (BHF)

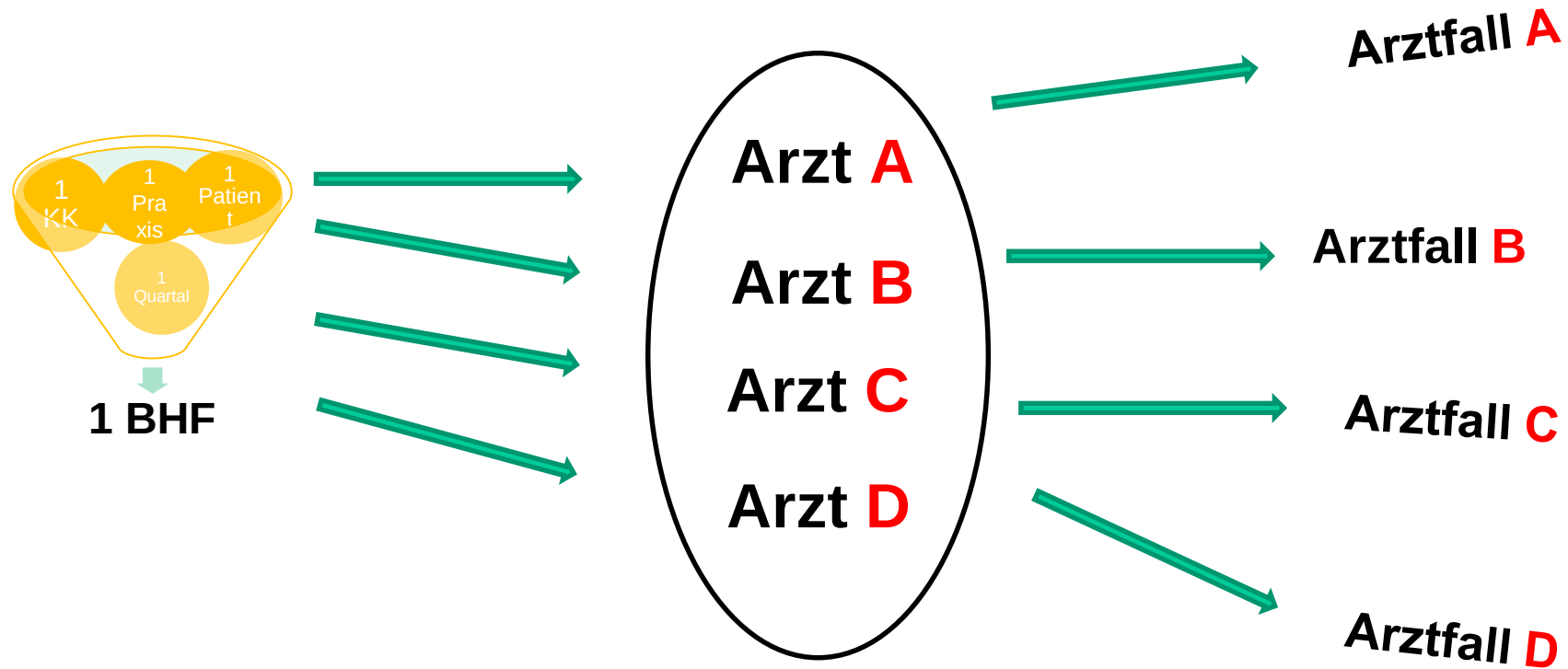


Krankheitsfall (KHF)

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

Arztfall (AF) vs. Behandlungsfall (BHF)

- **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

03.01.

~~01435 (LANR Arzt A)~~

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

03.02.

03003 (LANR Arzt A)

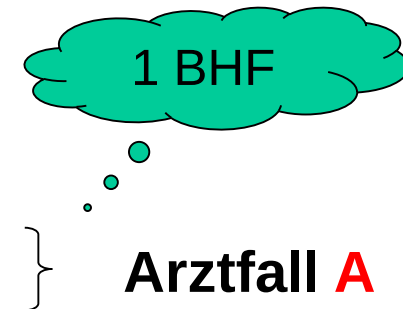
1 BHF

Arztfall 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

Leistungskatalog im Hausarztbereich

- EBM ist arztgruppenspezifisch gegliedert
- Hausarzt rechnet aus Kapitel 3 ab
- Kinderarzt rechnet aus Kapitel 4 ab
- Gebührenordnungspositionen (GOP) sind 5-stellig
 - 03000 Versichertenpauschale Hausarzt
 - 04000 Versichertenpauschale Kinderarzt
- Zusätzlich über das Fachkapitel hinaus abrechnungsfähige GOP ergeben sich aus der Präambel zum Fachkapitel

Leistungskatalog im Hausarztbereich

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

3.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,

berechnet werden. Sofern sich Regelungen im Kapitel 3 auf die Anzahl der Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 in einer Praxis beziehen, ist für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht mehr berechnen.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten
 - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende

Leistungskatalog im Hausarztbereich

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01431, 01435, 01436, 01442, 01444, 01450, 01471 bis 01473, 01475 bis 01477, 01480, 01500 bis 01503, 01546, 01600 bis 01602, 01610, 01611, 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640 bis 01642, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01702 bis 01704, 01707, 01709 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740, 01745 bis 01748, 01750 bis 01761, 01764, 01776, 01777, 01812, 01820 bis 01824, 01828, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02500, 02501, 02510 bis 02512, 02520 und 30706.

Leistungskatalog im Hausarztbereich

5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30700 bis 30705, 30708, 30780, 30781, 30900, 30905, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33105, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 38200 und 38205, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.10, 30.12, 30.13, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35 und 40.

Leistungskatalog im Hausarztbereich

- Zusätzlich Leistungen, die für den Bereich der KVSA mit den Krankenkassen vereinbart wurden und werden
- Leistungen immer aktualisiert in der Liste KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen
- Zu finden unter KVSAonline unter dem Reiter „Informationen“
- Dort auch Änderungsinfos zum jeweiligen Quartal

Leistungskatalog im Hausarztbereich

■ Inhaltsverzeichnis¶

	Seiten¶	¶
Allergologie - Förderung der Diagnostik und Hyposensibilisierung.....	49	¶
Ambulantes Operieren, Katarakt.....	86-89	¶
Ambulantes Operieren, Modellvorhaben MVZ Im Altstadtquartier (ehemals Praxisklinik Herderstraße).....	85	¶
Ambulantes Operieren, Schweregraddifferenzierung gemäß § 10 Abs. 5 AOP-Vertrag (Anlage 3).....	90	¶
Belegarzt Tätigkeit, Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	3	¶
Besuchspauschalen bei fachärztlicher Betreuung von Pflegeheimpatienten.....	37	¶
Betreuung in der Schwangerschaft sowie weiterer gynäkologischer Patientinnen.....	51-59	¶
Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen.....	26-29	¶
Chronische Kopfschmerzen und Migräne.....	17	¶
Chronische Niereninsuffizienz, IV-Vertrag.....	60	¶
Chronische Wunden, IV-Vertrag der KV Management-Gesellschaft.....	37	¶
CRP-Schnelltest.....	11, 31	¶
Diabetiker Betreuung und Schulungen unabhängig von DMP-Teilnahme.....	61	¶
Diabetiker Untersuchungen auf Komplikationen (Erstuntersuchungen und Weiterbetreuungen).....	62-64	¶
Diabetisches Fußsyndrom und Hochrisikofuß.....	40-48	¶
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA).....	4	¶
DMP Asthma/COPD.....	71-76	¶
DMP Brustkrebs.....	70	¶
DMP Diabetes Mellitus Typ I.....	65-69	¶
DMP Diabetes Mellitus Typ II.....	94-99	¶
DMP KHK.....	100-105	¶
DMP Osteoporose.....	77-80	¶
EBM-Nrn. die durch Anhängen eines Buchstaben an die Gebührenordnungsposition einer Kennzeichnung bedürfen.....	112-134	¶
EBM-Nrn. die durch die KV hinzugesetzt werden.....	135-140	¶
Einbeziehungsvereinbarungen, prä- und postoperative Leistungen.....	91, 92	¶
Früherkennungsuntersuchungen: augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern und Kindern.....	82	¶
Früherkennungsuntersuchungen: erweiterter Check up.....	7	¶
Früherkennungsuntersuchungen: Kolorektales Karzinom.....	24	¶
Früherkennungsuntersuchungen: Hautvorsorge.....	83, 84	¶
Früherkennungsuntersuchungen: U10, U11, J2.....	30	¶
Früherkennungsuntersuchungen: Screening auf Vorhofflimmern.....	8	¶
Gestationsdiabetes, Behandlung, Betreuung und Schulungen.....	61, 93	¶
Gesundheitscoaching für Patienten mit atopischem Ekzem.....	15, 84	¶
Geriatrischer Reha-Komplex in Schwerpunktpraxen.....	50	¶
¶	5-16, 18, 19, ¶	
Hausarztzentrierte Versorgung (HZV).....	26-29, 62-64	¶
Homöopathievereinbarungen.....	32	¶

Leistungskatalog im Hausarztbereich

GOP	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.- pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
Erweiterter Check-up im Rahmen des Hausarztprogramms					
99022	Erweiterter Check-up ggf. mit Empfehlung eines Präventionskurses <i>obligat</i> gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien einschl. -- Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (32880) -- Glukose (32881) -- Cholesterin gesamt (32882) ergänzt um ein EKG, Beratung zur Einschreibung in ein geeignetes DMP und folgende Werte: BSG (32042) Harnsäure (32064), Kreatinin (32066) GOT (32069), GPT (32070) Gamma-GT (32071), TSH (32101) <i>vollst.</i> Blutstatus (32122) <i>fakultativ</i> GLDH (32076) -- einmalig für Versicherte zwischen dem vollendeten 18. bis Vollendung des 35. Lebensjahres -- jedes 2. Kalenderjahr für Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr	13,73-€ zusätzlich zur Vergütung GOP 01732	AOK-SAN (85101) IKK-gesund-plus (87301) IKK-BIG-gesund-direkt (18306)	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am jeweiligen HZV	Inanspruchnahme des Patienten der IKK-gesund-plus nur nach Vorlage des Nachweises „Präventions-Scheck“ Die Beratung zur Einschreibung in ein entsprechendes DMP sollte nur erfolgen, sofern die Voraussetzungen vorliegen und der Patient nicht bereits Teilnehmer ist. Anstelle der GOP 32880, 32881, 32882 sowie der übrigen Labor-Nrn. Wird im zeitlichen Zusammenhang mit dem erweiterten Check-up die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt, ist anstelle der 01745 die 01746 zu berechnen. Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler 0391 627 6234 Im Zusammenhang mit dem Check-up plus können in demselben Quartal aufgeführte Zusatzmodule erbracht werden. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 33012, 33042 und/oder 03321.
33012 33042 03321	Zusatzmodule -- Sonographie Schilddrüse -- Sonographie Oberbauch oder dessen Organe und/oder Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. Nieren -- Belastungs-Elektrokardiographie	9,18-€ 17,06-€ 23,64-€	IKK-BIG-gesund-direkt (18306)		
99101	Arbeitsunfähigkeits-Check Überprüfung der vom koordinierenden Hausarzt ausgestellten Arbeitsunfähigkeit und Unterstützung des Versicherten bei der Erlangung der Arbeitsfähigkeit nach mehr als 6 Wochen, ggf. Wiedereingliederung, wenn bisher -- keine stufenweise Wiedereingliederung -- kein Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt -- kein Rentenanspruch gestellt	25,00-€	IKK-gesund-plus (87301)		

Leistungskatalog im Hausarztbereich

Erste-Dosis-eines-Impfzyklus-bzw.-unvollständige-Impfserie	Letzte-Dosis-eines-Impfzyklus-nach-Fachinformation-oder-abgeschlossene-Impfung	Auf-frischungs-impfung	ICD	Kurztext-über-Leistungsinhalt	Wert-in-Euro	Anmerkung/Ansprechpartner
89111			Z25.1	Influenza -(Standardimpfung) -Personen-ab-dem-Alter-von-60-Jahren	10,00-€	Vertrag: Frau Scherbath 0391-627-6236 Verordnungen: Susanne Wroza 0391-627-7437 Laura Bieneck 0391-627-6437 Heike Drückler 0391-627-7438 Impfungen bei beruflichen Indikationen und Reiseimpfungen gemäß § 11 Abs. 3 Schutzimpfungs-Richtlinie (Stand: 28.12.2019): • → Impfungen auf Grund eines erhöhten beruflichen Risikos erfolgen zulasten der GKV, unabhängig davon, ob die Versicherten auch entsprechende Ansprüche gegen andere Kostenträger haben (z.B. Arbeitgeber). • → Reiseimpfungen erfolgen zulasten der GKV - → wenn der Auslandsaufenthalt beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist und die berufliche Impfung auch in Deutschland zulasten der GKV erbracht werden kann - → wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Die Abrechnung der Impfungen bei beruflichen Indikationen und Reiseimpfungen erfolgt durch die Dokumentationsziffern mit den Kennzeichen V, W, X oder Y.
89112				Influenza -Indikationsimpfung	10,00-€	
89112Y				Influenza -berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	10,00-€	
89134V	89134W	89134X++	Z24.1	Japanische Enzephalitis (JE) - gültig ab 15.08.2020 -berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3	8,39-€	
89113A	89113B		Z24.4	Masern -(Standardimpfung) -Kinder-ab-dem-Alter-von-11-Monaten	8,39-€	
89113				Masern -(Standardimpfung) -Erwachsene	8,39-€	
89113V	89113W			Masern -berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	8,39-€	
89114			Z23.8	Meningokokken-Konjugatimpfstoff -(Standardimpfung) -Kinder-und-Jugendliche-bis-17-Jahre	8,39-€	
89115A	89115B	89115R++	Z23.8	Meningokokken -Indikationsimpfung (Die Abrechnung einer Impfung gegen Serogruppe B erfolgt mit gleicher Dokumentationsnummer wie die einer Impfung gegen Serogruppen ACWY, bei gleichzeitiger Impfung können die Nummern 89115A und 89115B an einem Tag abgerechnet werden.)	8,39-€	
89115V	89115W	89115X++		Meningokokken -berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	8,39-€	
89118A	89118B		Z23.8	Pneumokokken-Konjugatimpfstoff -(Standardimpfung) -Kinder-bis-24-Monate	8,39-€	
89119		89119X++		Pneumokokken -(Standardimpfung) -Personen-ab-dem-Alter-60-Jahren (89119R gültig bis 12.01.2024)	8,39-€	
89120****		89120R*****		Pneumokokken -Indikationsimpfung	8,39-€	
89120V		89120X		Pneumokokken (89120X gültig bis 12.01.2024) -berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	8,39-€	

Abrechnung im Bereitschaftsdienst

**Uhrzeit-
angabe
erforderlich!**

GOP	Legende
01210	Notfallpauschale im Bereitschaftsdienst für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von Dienstbeginn bis 19:00 Uhr (Mo-Fr)
01212	Notfallpauschale im Bereitschaftsdienst für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt Mo-Fr ab 19:00 Uhr bis 07:00 Uhr sowie Samstag, Sonn- und Feiertage ganztags
01214	Konsultationspauschale (Folgekontakt oder telefonischer Kontakt) im Bereitschaftsdienst (Dienstbeginn bis 19:00)
01216	Konsultationspauschale (Folgekontakt oder telefonischer Kontakt) im Bereitschaftsdienst Mo – Fr. 19:00 bis 22:00 Uhr, Sa, So, FT 07:00 - 19:00 Uhr
01218	Konsultationspauschale (Folgekontakt oder telefonischer Kontakt) im Bereitschaftsdienst ab 22:00 bis 07:00 Uhr, SA, So, FT 19:00 - 07:00 Uhr
01418	Hausbesuch im Bereitschaftsdienst
Ansatz durch KVSA	Dienstpauschale pro Stunde im Fahrdienst

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen¶

Stand: 1. Quartal 2024 (letzte Änderung 29.01.2024)¶



GOP¶	Kurztext über Leistungsinhalt¶	Wert in ¶ EURO¶	gültige Kasse-¶	Genehm.-¶ <u>p</u> flicht¶	Anmerkung/¶ Ansprechpartner¶
Wegepauschalen¶					
Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415, 01418 oder 01721 bzw. dringende Visite nach Nr. 01412 sowie für die erste Visite/Anästhesie nach den Nr. 01414 bzw. 05230 einmal je Visitentag/Anästhesietag eine Wegepauschale. ¶					
¶ Der Vorstand der KVSA hat in seiner Sitzung vom 13.08.2007 folgende Regelungen zur Berechnung der nachfolgend aufgeführten Wegepauschalen getroffen: ¶					
¶					
- → Die Wegepauschalen sind vom Vertragsarztsitz aus zu berechnen. ¶ - → Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst – ausgehend vom Praxissitz als Zentrum – auf einer Karte mit dem Maßstab 1:25.000 zu bestimmen. ¶ - → Die Wegepauschalen sind je Besuch berechnungsfähig, unabhängig davon ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der Wegebereiche. ¶ - → Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. ¶ - → Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten. ¶					
¶					
90201¶	Wegepauschale für Besuche im Bereich bis 2 km Radius¶	5,32-€¶	¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ alle Kassen¶	¶ ¶ ¶ ¶ ¶ ¶ nein¶	¶
90202¶	Wegepauschale für Besuche im Bereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius¶	10,04-€¶			
90203¶	Wegepauschale für Besuche im Bereich bei mehr als 5 km bis zu 10 km Radius¶	14,34-€¶			
90210¶	Zuschlag zu GOP 90203 für Besuche im Bereich von mehr als 10 km Radius, pro angefangene 5 km¶	2,36-€¶			
90212¶	Nachtzuschlag zu den GOP 90201, 90202 oder 90203 zwischen 19:00 und 07:00 Uhr ausgeführt¶	6,14-€¶			

Abrechnung im Bereitschaftsdienst

■ Beispiel Leistungslegende Notfallpauschale:

01210 Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

14,32 €
120 Punkte

- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

Obligater Leistungsinhalt

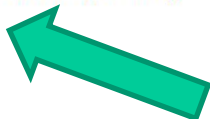
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
 - Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),
- einmal im Behandlungsfall



01218 Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme

20,29 €
170 Punkte

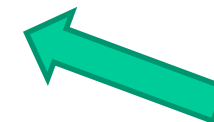
- zwischen 22:00 und 7:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
 - Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),
- je Arzt-Patienten-Kontakt



Zuschlag für Patienten mit bestimmten gesicherten Diagnosen

Folgende **gesicherte** Diagnosen sind Voraussetzung zur Abrechnung der GOP 01223 sowie 01224, siehe Präambel zum Abschnitt 1.2 Punkte 8 EBM:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Min. (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

Im Einzelfall **ausführliche, schriftliche Begründung in der Abrechnung** erforderlich, bei Patienten mit **anderen Erkrankungen**, die ebenfalls eine **besonders aufwändige Versorgung benötigen!**

- GOP 01223 Zuschlag zur GOP 01210
- GOP 01224 Zuschlag zur GOP 01212

Zuschlag für Patienten mit bestimmten gesicherten Diagnosen/Alter

- **GOP 01226** ist berechnungsfähig bei

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindernoder

- Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr 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.

- siehe Präambel zum Abschnitt 1.2 Punkte 9 EBM

- Zuschlag zur GOP 01212

Abrechnung im Bereitschaftsdienst

- Arzt A und Arzt B sind in einer BAG tätig.
- Arzt A hat am So den 07.01.2024 von 07:00 bis 19:00 Uhr Fahrdienst Kleinkind 2 Jahre, 10:20 Uhr
- Arzt B hat am Mi den 07.02.2024 von 14:00 bis 24:00 Uhr Sitzdienst, 22:35 Uhr

Quartal	Behandlungs-tag	Leistung
1/2024	07.01.2024 So	01212 (10:20 Uhr), 01226, 01418, 90201 (Arzt A)
	07.02.2024 Mi 22:35	01218, (22:35 Uhr) Arzt B

Uhrzeiten immer hinter der 1. GOP der Konsultation

Abrechnung im Bereitschaftsdienst

- Arzt A ist in einer Einzelpraxis tätig, Arzt B ist angestellt.
- Arzt A hat am Mi den 07.02.2024 von 14:00 bis 24:00 Uhr Fahrdienst Kleinkind 3 Jahre, 14:20 Uhr
- Arzt B hat am Mi den 14.02.2024 von 14:00 bis 24:00 Uhr telefonische Inanspruchnahme, 19:30 Uhr

Quartal	Behandlungs-tag	Leistung
1/2024	07.02.2024 Mi	01210 (14:20 Uhr), 01226 , 01418, 90201 (Arzt A)
	14.02.2024 Mi 19:30	01218, (19:30 Uhr) Arzt B

Uhrzeiten immer hinter der 1. GOP der Konsultation

Versichertenpauschale (03000)

- Beim **1. kurativen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt**
- Nur 1x im Behandlungsfall
- Nur 1x im Arztfall bei praxisübergreifender Behandlung
- Unterliegt einer Altersstaffelung (**5 Altersgruppen**)
- Umfasst zahlreiche Leistungen – Aufgeführt im Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen...

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grund-pauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie			x
	Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.			x
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			x
	Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich			x
	Infusion, subkutan	x	x	
	Injektion, intraartikulär	x	x	x
	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär	x	x	
	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata		x	
	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern		x	
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	x	x	
	Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grund-pauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
02200	Tuberkulintestung	x		
02320	Magenverweilsonde	x		
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	x		
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	x		
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	x		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	x		
02331	Intraarterielle Injektion	x		
02340, 02341	Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel, Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)	x		
02342	Lumbalpunktion	x		
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	x		
02350	Fixierender Verband	x		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	x		

Chronikerpauschale I (03220)

- Zuschlag zur Versichertenpauschale (VP) nach der GOP 03000/04000
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Vorliegen mind. einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung
- Notwendigkeit kontinuierlicher ärztl. Behandlung/Betreuung wegen derselben chronischen Erkrankung
 - Zeitraum der letzten 4 aufeinanderfolgende Quartale (inkl. Abrechnungsquartal, retrospektiv)
 - In 3 Quartalen mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt
 - In mindestens 2 Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte (davon einer per Video möglich)
- Bei Hausarztwechsel oder neuer Praxis Kennzeichnung mit „H“
 - Kennzeichnungsdauer: Aktuelles Quartal + 2 bzw. 3 folgende Quartale
 - GOP 03220H / 04220H
 - „H“ bedeutet: Dokumentation der bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Patientenkontakte in der eigenen Patientendokumentation erfolgt

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

Neue Praxis BAG mit 2 Hausärzten (A + B)+ Verah

-
- 1. Quartal 2024:**
 - Mi 07.02.2024 pers. A-P-K, Folgedokumentation DMP Diab. Typ II, Check-up, Bestimmung Gluc., Urin, HbA1c, Kreatinin (Jaffè Methode), Screening Hep. B und C in der Praxis (Arzt A), Gespräch >10 Min
 - Do 22.02.2024 2. A-P-K: Sonografie Oberbauch bei Arzt B
 - Mi 06.03.2024 3. A-P-K: Anruf des Patienten bei Arzt B
 - Fr 22.03.2024 4. A-P-K: Gripeschutzimpfung, Gespräch kurativ >10 Min (Arzt A)

Beispiel zur Abrechnung

Quartal	Diagnose	Behandlungs-tag	Leistung
1/2024	E11.90G Z00.0G Z25.1 R10.4	07.02.2024	03003, 03040 , 03060 , 03061 , 32001 , 03220 H , 03222 , 03230, 99823, 32880, 32881, 32066, 32094, 32022, 01732, 01734 (Arzt A)
		22.02.2024	03221 H , 33042 (Arzt B)
		06.03.2024	01435 (Arzt B)
		22.03.2024	89112, 03230 (Arzt A)

Neue Praxis BAG mit 2 Hausärzten (A + B) + Verah

- **Überweisung vom FA f. Chirurgie zur postoperativen Behandlung nach ambulanter OP am 13.02.2024 (Patient 35 Jahre) nach Fraktur US, Hypertonie**

1. Quartal 2024:

- Do 15.02.2024 pers. A-P-K, Wundkontrolle, Wundversorgung und Verband im Hausbesuch
- Do 22.02.2024 2. pers. A-P-K, Hausbesuch, Radius: 1,5 km

Beispiel zur Abrechnung

Quartal	Diagnose	Behandlungs-tag	Leistung
1/2024	M80.16G	15.02.2024	03003, 03040, 03060, 03061, 32001, 03222, 31600, 01410, 90201, 03220H
		22.02.2024	01410, 90201, 03221H

Neue Praxis BAG mit 2 Hausärzten (A + B) + Verah

- **Behandlung im Pflegeheim, kooperative Versorgung mit Pflegeheimvertrag, behandelnder Arzt = koordinierender Arzt**

1. Quartal 2024:

- 15.02.2024 pers. A-P-K, klinische Untersuchung (Arzt A), Hausbesuch
- 22.02.2024 Gespräch > 20 Min. (Arzt B), Mitbesuch

Beispiel zur Abrechnung

Quartal	Behandlungs-tag	Leistung
1/2024	15.02.2024	03005, 03040, 03060, 03061, 32001, 03220H, 03222, 37105, 01410, 90201 (Arzt A)
	22.02.2024	03230 x 2, 03221H, 01413, 37113 (Arzt B)

Auswertung TQZ ab dem 3. Quartal 2021

TQZ für Hausärzte (4 von 10 Leistungsbereiche müssen erfüllt sein)

Leistungsbereich	GOP des EBM
Besuche	01410 - 01415
Videosprechstunde	01450
Kleinchirurgische Eingriffe	02300 - 02302, 02310, 02312, 02313
Langzeit-EKG oder Langzeit- Blutdruckmessung	03241, 03322, 03324
Ergometrie	03321
Spirometrie	03330
Geriatric	03360, 03362, 30980, 30981, 30984, 30985, 30986, 30988
Sonographie	Kap. 33
Psychosomatik	35100, 35110
Kooperations- und Koordinationsleistungen	37100, 37102, 37105, 37113, 37120

weitere hausärztliche Leistungen

- Geriatriische Leistungen ohne und mit Qualifikation (03360, 03362, 30.13)
- Palliativmedizinische Leistungen ohne und mit Qualifikation (03370 bis 03372, 37.3)
- Besondere Leistungen der kooperativen Pflegeheimbetreuung (37.2)
- Langzeit RR 03324 (genehmigungsfrei), Langzeit-EKG 03322 (Anlegen) und 03241 (Auswertung) (beide genehmigungspflichtig)
- Belastungs-EKG – 03321
- Telemonitoring Herzinsuffizienz (03325, 03326)

weitere hausärztliche Leistungen

- Psychosomatik – GOP 35100, 35110
- Gesprächsleistung – GOP 03230
- Beratung zur Organspende – GOP 01480
- Sonographien – Kap. 33
(z. B. Oberbauch - GOP 33042, Schilddrüse – GOP 33012)
- Früherkennungsuntersuchungen
z. B. Check up – GOP 01732, Krebsfrüherkennung – GOP 01731, Screening auf Bauchaortenaneurysma GOP 01747 und 01748, GOP 01734 Screening auf Hep. B und/oder C
- Viele gesonderte Verträge auf Landesebene
z. B. HzV, DMP, Überweisungssteuerung, Check up plus

weitere hausärztliche Leistungen

- GOP 03062 / 03063 Besuch / Mitbesuch Verah
- GOP 03330 Spirometrie
- Besuche:
 - GOP 01410 Vereinbarter Besuch, wegen der Erkrankung ausgeführt
 - GOP 01413 Mitbesuch
 - GOP 01411 / 01412 dringender Besuch (GOP 03030)
 - GOP 01415 dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen / Altenheimen mit Pflegepersonal, noch am Tag der Erkrankung ausgeführt
- GOP 01100 / 01101 unvorhergesehene Inanspruchnahme
- GOP 01102 Samstagssprechstunde (07:00 bis 19:00 Uhr)

weitere hausärztliche Leistungen

- GOP 01745 / 01746 Früherkennung Hautkrebs
- GOP 02300 bis 02302 kleinchirurgische Eingriffe
- GOP 02310 sekundär heilende Wunden / Decubitalulcus
- GOP 02311 Behandlung diabetischer Fuß (Genehmigung)
- GOP 02312 chronisch venöser Ulcus cruris
- GOP 02313 Kompressionstherapie bei chron. venöser Insuffizienz...
- GOP 30790 / 30791 Akupunktur (Genehmigung)
- GOP 31010 bis 31013 prä-OP bei ambulanter oder belegärztlicher OP oder Zahn-OP

weitere hausärztliche Leistungen

- 31600 Post-OP nach ambulanter OP entsprechend OPS nach Anhang 2 zum EBM
- GOP 01611 Verordnung medizinischer Reha Muster 61
- GOP 01613 Zuschlag zur GOP 01611 für geriatrische Reha
- GOP 01620 bis 01622 Berichtsleistungen
- GOP 01640 Anlage Notfalldatensatz
- GOP 01642 Löschen Notfalldatensatz
- GOP 01647 Änderungen elektronische Patientenakte
- GOP 01648 Erstanlage elektronische Patientenakte

weitere hausärztliche Leistungen

- GOP 30100 bis 30134 Allergologie
- GOP 30710 bis 30760 schmerztherapeutische Behandlung
- GOP 30940 ff. MRSA-Screening
- GOP 32025 bis 32152 nicht genehmigungspflichtiges Labor

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Andreas Welz
Referent Abteilung Abrechnung

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg



Winter Baum
Sonnenuntergang_48246228