

Leseprobe zum Download



Liebe Besucherinnen und Besucher unserer Homepage,

tagtäglich müssen Sie wichtige Entscheidungen treffen, Mitarbeiter führen oder sich technischen Herausforderungen stellen. Dazu brauchen Sie verlässliche Informationen, direkt einsetzbare Arbeitshilfen und Tipps aus der Praxis.

Es ist unser Ziel, Ihnen genau das zu liefern. Dafür steht seit mehr als 25 Jahren die FORUM VERLAG HERKERT GMBH.

Zusammen mit Fachexperten und Praktikern entwickeln wir unser Portfolio ständig weiter, basierend auf Ihren speziellen Bedürfnissen.

Überzeugen Sie sich selbst von der Aktualität und vom hohen Praxisnutzen unseres Angebots.

Falls Sie noch nähere Informationen wünschen oder gleich über die Homepage bestellen möchten, klicken Sie einfach auf den Button „In den Warenkorb“ oder wenden sich bitte direkt an:

FORUM VERLAG HERKERT GMBH

Mandichostr. 18

86504 Merching

Telefon: 08233 / 381-123

Telefax: 08233 / 381-222

E-Mail: service@forum-verlag.com

www.forum-verlag.com

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

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,
 - Fachärztinnen für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, Fachärztinnen 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.

Der letzte Satz ist neu eingefügt. Er konkretisiert die Berücksichtigung von mehreren Ärzten in einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis oder MVZ. Dabei werden in Bezug auf Aussagen, die ausschließlich im Kapitel III (hausärztlicher Versorgungsbereich) getroffen werden, nur in der Gemeinschaft zugelassene oder an der Bearbeitung des Patientenproblems beteiligte und zugelassene Hausärzte gezählt. Die Zählung folgt der nach dem Umfang der Zulassung auf einem Arztsitz. Anteilige Zulassungen, z. B. 0,5 oder 0,25 werden auch nur anteilig in Berechnungen verwendet. Demnach zählen Ärzte, die im Jobsharing auf einem Arztsitz tätig sind, als 1 Arzt. Ärzte mit einem verminderten Versorgungsauftrag zählen mit dem Faktor, mit dem sie ihren Versorgungsauftrag ausüben. Das bedeutet, dass ein Arzt im hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 eingerechnet wird.

Kommentar

Diese Klarstellung ist bedeutsam im Zusammenhang mit der Einführung einer Mindestfallzahl für die Genehmigung, Leistungen einer nichtärztlichen Praxisassistentin abzurechnen und den Strukturzuschlag zu erhalten.

Die Genehmigung ist abhängig von der durchschnittlichen Fallzahl der beantragenden Praxis in den vier Quartalen vor Antragstellung. Für den ersten Arzt einer Praxis müssen 860 Behandlungsfälle oder 160 Patienten nachgewiesen werden, die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben. Für jeden weiteren Arzt der Gemeinschaft müssen entweder 640 Behandlungsfälle oder 120 ältere Patienten nachgewiesen werden. Ist der zwei-

III.a Arztgruppenspezifische GOP

te Arzt im Jobsharing tätig, gilt nur die Fallzahl von 860 Fällen oder 160 Patienten im Alter 75 Jahre und älter. Teilen sich zwei weitere Ärzte innerhalb einer Gemeinschaftspraxis, z.B. im Jobsharing einen Arztsitz hältig, wird die für beide Ärzte zusammen der Nachweis von 640 Patienten oder 120 Älteren gefordert.

Beispiele:

	1 Arzt	2 Ärzte	2 Ärzte Jobsharing	3 Ärzte, davon 2 Ärzte mit jeweils 0,5 Arztsitzen
<i>Behandlungsfälle</i>	860	860 + 640 = 1.500	860	860 + 320 + 320 = 1.500
<i>Patienten ab 75 Jahre</i>	160	160 + 120 = 280	160	160 + 60 + 60 = 280

- 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.

Kommentar Leistungen des Abschnitts 1.1 betreffen die Leistungen, die vom Patienten notfallmäßig, außerhalb des organisierten Not(fall)dienstes in Anspruch genommen werden. Im Abschnitt 1.2 sind die Leistungen im Notfall oder im organisierten Not(fall)dienst beschrieben. Unter Abschnitt 1.4 finden sich Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale etc. wieder. Schriftliche Gutachten und Mitteilungen finden sich unter Abschnitt 1.6. Abschnitt 1.7 umfasst die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch. Die hierin beschriebenen Leistungen sind nur eingeschränkt und qualifikationsabhängig für Hausärzte abrechenbar. Siehe hierzu auch Kommentar 3.1-3. Abschnitt 1.8, ab der GOP 01950, ist für Leistungen im Rahmen der Substitutionstherapie bei manifest opiatabhängig Kranken vorbehalten. Die Kleinchirurgie wird im Abschnitt 2.3 beschrieben und die physikalische Therapie im Abschnitt 2.5.

- 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, 01210, 01212, 01214 bis 01222, 01320, 01321, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01435, 01436, 01600 bis 01602, 01611, 01620 bis 01623, 01704, 01707, 01711 bis 01723, 01730 bis 01732, 01734, 01735, 01740, 01745, 01746, 01758, 01776, 01777, 01812, 01816, 01820 bis 01822, 01828, 01840, 01915, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 02520.
- Die Gebührenordnungspositionen 01730, 01735, 01816, 01821, 01822, 01828, 01840 und 01915 sind von den unter Nr. 1 genannten Vertragsärzten berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und

Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.

Die Leistungen 01730 (Krebsfrüherkennung bei Frauen), 01735 (Beratung zu Früherkennungsuntersuchungen für Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind), 01816 (Chlamydiennachweis im Urin), 01821 (Empfängnisberatung), 01822 (Empfängnisberatung), 01828 (Blutentnahme zur Varizella-zoster-Bestimmung in der Empfängnisregelung), 01840 (Chlamydiennachweis im Urin im Rahmen der Empfängnisregelung) und 01915 (dito bei Schwangerschaftsabbruch) stehen grundsätzlich Hausärzten offen. Für deren Abrechnung ist allerdings eine Genehmigung der KV erforderlich. Grundlage der Genehmigung ist der Nachweis einer mindestens einjährigen Weiterbildung in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die auch im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin durchgeführt worden sein kann. Als Übergangsregelung ist die Genehmigung auch allen Ärzten zu erteilen, die bereits vor dem 31.12.2002 diese Leistungen erbracht und abgerechnet haben. In der Regel ist diese Genehmigung allen Ärzten erteilt worden, die über den Stichtag hinaus die Leistungen erbracht haben. Ist diese Kontinuität durch ein größeres Zeitintervall unterbrochen, sollte bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hinterfragt werden, ob sie die Übergangsregelung noch anwendet. In der Regel wird sie dies nach einem längeren Zeitintervall seit der letzten Leistungserbringung oder Genehmigung verneinen. Bei Wechsel von einer KV-Region in eine andere ist die Genehmigung neu zu beantragen.

Kommentar

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: 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30800, 30900, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.10, 30.12, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2 und 36.6.2 sowie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35.

Leistungen der Kapitel 30.1 (Allergologie), 30.2 (Chirotherapie), 30.3 (neurophysiologische Übungsbehandlung), 30.5 (Phlebologie), 30.6 (Proktologie), 30.7 (Schmerztherapie), 30.10 (spezialisierte Versorgung von HIV-Infizierten), 31.1 (präoperative Gebührenpositionen), 31.4.2 (postoperativer Behandlungskomplex im hausärztlichen Bereich), 32.1 (Grundleistungen des Labors), 32.2 (allgemeines Labor), 35 (Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien) und 36.6.2 (konservativ belegärztliche Strukturleistungen) können bei Vorliegen von Qualifikationen auch durch Hausärzte abgerechnet werden. Der Nachweis ist entweder aus der Weiterbildung heraus zu führen oder durch nachträglichen Erwerb. Reichen die vorgelegten Nachweise nicht aus, kann gelegentlich durch ein Colloquium der Nachweis vervollständigt werden.

Kommentar

Ein Nachweis ist ebenso erforderlich für bestimmte Leistungen der Physiotherapie, wie für die GOP 30400 (Massagetherapie), 30401 (intermittierende Kompressionstherapie) oder 30402 (Unterwasserdruckstrahlmassage), 30410 (Atemgymnastik als Einzelbehandlung), 30411 (Atemgymnastik als Gruppentherapie), 30420 (Krankengymnastik als Einzelbehandlung), 30421 (Krankengymnastik als Gruppenbehandlung) und 30430 (selektive Phototherapie). Der Nachweis kann auch durch einen qualifizierten Physiotherapeuten, der in der Praxis angestellt ist, geführt werden. Die apparativen Voraussetzungen müssen ebenso erfüllt sein.

Ohne gesonderte Befähigung ist die Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers nach der GOP 30800 abrechnungsfähig.

Die Schlafstörungsdiagnostik nach der GOP 30900 (kardiorespiratorische Polygraphie) setzt sowohl die ärztliche Qualifikation als auch die apparative Ausstattung als Genehmigungsgrundlage voraus.

Auch für das Einrichten von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen-, Kniegelenkes oder distal davon (31912) setzt neben der medizinischen Qualifikation voraus, die Bedingungen eines operativen Eingriffes am Gelenk zu erfüllen (Genehmigung gemäß § 115b SGB V).

Von den sonographischen Untersuchungen eher nicht von Hausärzten erbracht, aber grundsätzlich gemäß Präambel möglich, sind die GOP 33000 (Ultraschalluntersuchung des Auges), 33001 (Ultraschallbiometrie des Auges), 33010 (Sonographie der Nasennebenhöhlen), 33011 (Sonographie der Gesichts- und/oder Halsweichteile), 33042 (Sonographie der Brustdrüse(n)), 33044 (Sonographie der weiblichen Geschlechtsorgane), 33051 (Sonographie der Säuglingshöften), 33052 (Sonographie des Schädels durch die offene Fontanelle), 33060 (Sonographie der extrakraniellen Gefäße), 33061 (Sonographie der Extremitätengefäße), 33062 (Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystemes), 33080 (Sonographie der Haut und Subkutis) wie auch die Zuschläge nach den GOP 33090 bis 33092 und die Ausweichposition nach GOP 33081.

Eher typische Ultraschalluntersuchungen in der hausärztlichen Praxis sind die Sonographie der Schilddrüse (33012), der Thoraxorgane (33040), des Abdomens (33042), der Urogenitalorgane (33043). Gelegentlich sind auch die sonographischen Untersuchungen der Gelenkstrukturen erforderlich (33050).

- Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Abs. 3, 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

Kommentar *Auf der Basis des § 135 SGB V Abs. 2 haben die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (Krankenkassen und KBV) gemeinsam Qualitätssicherungsrichtlinien beschlossen. Richtlinien, die häufig von Hausärzten erbrachte Leistungen betreffen, sind: Ultraschall, Laboratoriumsuntersuchungen, Langzeit-EKG, Akupunktur.*

Am Beispiel der Ultraschallrichtlinie dargestellt bedeutet dies, dass sowohl die fachliche Qualifikation des Arztes als auch die technisch-apparativen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um eine Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen zu erhalten. Die fachlichen Voraussetzungen können nachgewiesen werden durch qualifizierte Zeugnisse der Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung, durch den Nachweis einer ständigen Tätigkeit in diesem Bereich, durch erfolgreiche Teilnahme an Kursen, was inzwischen auch Fortbildungsmaßnahmen im Sinne des E-Learning einschließt.

Die apparativen Voraussetzungen müssen sowohl durch des Basisgerät als auch durch die Abbildungsqualität der für die Erbringung der Leistung notwendigen Schallköpfe erfüllt sein. Werden mehrere Untersuchungsbereiche beantragt, die unterschiedliche Schallköpfe erfordern (z. B. Schilddrüse, Abdomen etc.), muss der Nachweis für jeden benötigten Schallkopf geführt werden.

Informieren Sie sich bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung über die konkreten Genehmigungsverfahren und deren Voraussetzungen. Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen haben umfassende Informationen, bis hin zu elektronischen Antragsunterlagen, auf ihrer Homepage im Mitgliederbereich eingestellt.

7. Werden die in den Versichertenpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist für die Erbringung der Leistung die Kostenpauschale nach der Nr. 40154 berechnungsfähig.

Die aufgeführten Berichte, wie auch der 13C-Harnstoff-Test, sind für Hausärzte (Kapitel 3 und 4 des EBM) Bestandteil der Versichertenpauschale und somit nicht gesondert abrechnungsfähig. In Erfüllung dieser Leistungen entstandene Kosten können nach den beschriebenen Gebührenpositionen des Kapitels 40 dennoch in Ansatz gebracht werden.

Kommentar

8. Abweichend von der Allgemeinen Bestimmung 5.1 erfolgt in fachgleichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/-n Arzt / Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030.

Fachgleiche hausärztliche Gemeinschaftspraxen erhalten auf die Versichertenpauschalen einen Zuschlag von 22,5 %. Im Vergleich zum vorherigen EBM erscheint dieser Zuschlag sehr hoch, relativiert sich jedoch. Mit der nun vorliegenden Neufassung sind aus der vorherigen Versichertenpauschale die Fixkosten für die Praxisvorhaltung und die länger dauernden Gespräche ausgekoppelt worden. Diese finden Sie in der Grundpauschale nach GOP 03040 und in der Position für das problemorientierte Gespräch (03230) wieder. Der höhere Aufschlag auf die verbliebene Versichertenpauschale kompensiert die Effekte dieser Ausgliederung.

Kommentar

9. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 10 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und berechnet. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 werden nicht vergütet.

Für die Gesprächsleistung nach GOP 03230 wird eine Mengenbegrenzung eingeführt. Die Auswirkungen der EBM-Bestimmung, dass ein Punktzahlvolumen als Produkt von 45 Punkten (4,50 Euro) und der Behandlungsfallzahl gebildet wird, ist ohne Kenntnis der diesbezüglichen Regelungen im regionalen Honorarverteilungsmaßstab problematisch einzuschätzen. Diese EBM-Vorgabe kann u. a. durch ein arztspezifisches Zusatzvolumen umgesetzt werden. In dieser Umsetzung liegt jedoch ein Problem, wenn das verfügbare Zusatzvolumen nicht in voller Höhe abgerufen wird. Hier ist die Frage zu klären, was mit nicht abgerufenen Geldmitteln geschieht. Sind diese praxisintern dann mit anderen Mehrforderungen verrechnungsfähig oder fallen die Mittel zurück in das Verteilungsvolumen des Versorgungsbereiches/der Fachgruppe?

Kommentar

III.a Arztgruppenspezifische GOP

Behandlungsfälle sind dadurch definiert, dass ein Patient zulasten einer Krankenkasse in einem Quartal in einer Praxis einen Behandlungsfall auslöst. Diese Definition gilt unabhängig davon, wie viele Ärzte z. B. einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums an der Diagnostik oder Behandlung dieses Patienten beteiligt waren. Bei der Zählung der Behandlungsfälle bleiben Fälle aus dem organisierten Notfalldienst, Überweisungen ausschließlich zur Probenuntersuchung oder Befundung vorhandener Dokumente außen vor, wie belegärztliche Fälle oder Abrechnungsfälle, die ausschließlich Kostenerstattungen enthalten.

Mit der Änderung zum 1. Januar 2015 erfolgt eine rein redaktionelle Anpassung infolge der Streichung der bisherigen Nr. 8 der Präambel. Dadurch erhalten die nachfolgenden Passagen eine neue Zuordnungsnummer.

Rein redaktionelle Anpassung infolge der Streichung der bisherigen Nr. 8 der Präambel. Dadurch erhalten die bisher nachfolgenden Passagen eine neue Zuordnungsnummer.

Die Nr. 1 der Präambel ist in dieser Regelung nur insofern relevant, als der abrechnende Arzt hausärztlich zugelassen und tätig sein muss. Die Regelungen zur anteiligen Berechnung eines anteiligen Zulassungsstatus finden keine Anwendung in Bezug auf die 45 Punkte je Abrechnungsfall. Sie würden aber sehr wohl bei einer Plausibilitätsprüfung (Zeitplausibilität) Anwendung finden.

10. Relevant für die Fallzählung

- der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03230,
- gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 3.2.1.2,
- der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060

sind alle Behandlungsfälle im Quartal gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur die o. g. Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.

Kommentar *Der zweite Spiegelstrich bezieht sich auf den Einsatz von nicht-ärztlichen PraxisassistentInnen. Mit Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen zur Vergütung von Leistungen, die im Delegationsverfahren durch eine nicht-ärztliche Praxisassistentin erbracht werden, wird ein Genehmigungsverfahren erforderlich. Dieses basiert auf der Zahl der durchschnittlichen Fälle, die die antragstellende Praxis in den vorangegangenen vier Quartalen zur Abrechnung gebracht hat.*

Die Strukturpauschale 03060 für die Anstellung einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin wird fallbezogen bis zu einem in der Leistungslegende definierten Höchstwert zugewiesen.

Für beide Sachverhalte ist zu regeln, welche Abrechnungsfälle zu berücksichtigen sind.

In einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ werden nur die Fälle gezählt, die einem Arzt der Gemeinschaft zugeordnet sind, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt. Es gilt dabei der Zulassungsstatus Hausarzt. Angestellte Ärzte mit diesem Zulassungsstatus zählen mit. Das ergibt sich ebenfalls aus Nr. 1 der Präambel.

Die Behandlungsfälle werden quartalsbezogen gezählt. In der Zählung unberücksichtigt bleiben Behandlungsfälle aus dem organisierten Notfalldienst, Zielüberweisungen ausschließlich zur Untersuchung eines Patienten und Überweisungen, deren Inhalt ohne Arzt-Patientenkontakt erfüllt werden kann oder belegärztliche Fälle. Damit werden allerdings Vertretungsfälle, Überweisungen zur Mit- oder Weiterbehandlung in die Fallzählung relevant mit inkludiert.

Damit sind in der Fallzählung alle Originalfälle zu berücksichtigen. Originalfälle in diesem Sinne sind alle Abrechnungsfälle, in denen die Behandlungsberechtigung ausschließlich durch das Einlesen der Krankenversichertenkarte dokumentiert ist. In diesen Fällen muss es nicht zu einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt gekommen sein.

Ebenso zählen alle Behandlungsfälle mit, in denen ausschließlich präventive Leistungen zur Abrechnung gebracht wurden.

Überweisungen zur Mit- oder Weiterbehandlung, Vertretungsfälle und Notfälle außerhalb des organisierten Notfalldienstes sind mit zu berücksichtigen.

11. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nr. 1 der Präambel 3.2.1.2 sowie zur Bemessung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Als Behandlungsfall werden ausschließlich selektivvertraglich eingeschriebene und/oder an der knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmende Versicherte mit tatsächlicher Inanspruchnahme von Leistungen eines Selektivvertrags gemäß § 73b SGB V / der knappschaftsärztlichen Versorgung gemäß Satz 1 Nr. 11 der Präambel 3.1 im jeweiligen Quartal gezählt. Dabei sind die selektivvertraglichen Behandlungsfälle von Versicherten zu zählen, bei denen im jeweiligen Quartal keine kollektivvertraglichen Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nrn. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Praxis zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Sofern bei diesen selektivvertraglichen Behandlungsfällen zusätzlich einzelne Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs erbracht werden, die nicht Bestandteil des Selektivvertrages gemäß § 73b SGB V / des Vertrages zur knappschaftsärztlichen Versorgung sind und somit grundsätzlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung berechnet werden, sind diese nicht als kollektivvertragliche Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 mitzuzählen.

Unter Punkt 10 wird dargestellt, welche Behandlungsfälle für die Genehmigung zur Erbringung des Delegationsverfahrens in der vertragsärztlichen Abrechnung gewertet werden. Bei ausschließlicher Fokussierung auf die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle würden die klassischen Knappschaftspraxen ebenso benachteiligt, wie die Hausarztpraxen, die aktiv an Selektivverträgen teilnehmen. Der neue Absatz 11 heilt zumindest für die vorgenannten Vertragsformen diesen Nachteil. Beide sind hier explizit und abschließend genannt. Andere Selektivverträge, wie z.B. nach § 73 a oder c, bzw. § 140 a ff. bleiben von der Fallzählung ausgeschlossen.

Kommentar

Die Verknüpfung „und/oder“ zwischen dem § 73 b und dem Knappschaftsarztvertrag in der Präambel bedeutet, das bei Ärzten, die neben dem Kollektivvertrag auch an beiden anderen Vertragsformen teilnehmen, die Fälle aus allen genannten Verträgen zu zählen sind.

III.a Arztgruppenspezifische GOP

Wirksam eingebracht werden können nicht alle in einen solchen Vertrag bei der Praxis oder dem Arzt eingeschriebenen Patienten, sondern nur die im relevanten Quartal „aktiv“. Das heißt, dass für die Zählung ausschließlich solche Patienten aus den beiden Vertragsformen zählen, die in dem infrage kommenden Quartal tatsächlich ärztliche Leistungen erhalten haben.

In einigen Selektivverträgen umfasst der Ziffernkranz nicht das vollständige Angebot der Kollektivversorgung. Patienten, die solche Leistungen erhalten haben, die kollektivvertraglich abgerechnet wurden, zählen in diesem Fall nicht als Kollektivvertragsteilnehmer. Sie werden als Selektivvertragspatienten gewertet.

Fazit:

In der Fallzählung für die Genehmigung der Abrechnung von Leistungen der nicht-ärztlichen Praxisassistentin werden berücksichtigt:

- 1. Originalfälle, einschließlich Präventionsfälle*
- 2. Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung*
- 3. Vertretungsfälle*
- 4. Notfälle außerhalb des organisierten ärztlichen Notfalldienstes*
- 5. Fälle aus der knappschaftsärztlichen Versorgung*
- 6. Fälle, die im Rahmen von Selektivverträgen, z. B. HzV nach § 73 b SGB V, abgerechnet werden*

Bestellmöglichkeiten



Der neue Hausarzt-EBM

Für weitere Produktinformationen oder zum Bestellen hilft Ihnen unser Kundenservice gerne weiter:

Kundenservice

☎ **Telefon: 08233 / 381-123**

✉ **E-Mail: service@forum-verlag.com**

Oder nutzen Sie bequem die Informations- und Bestellmöglichkeiten zu diesem Produkt in unserem Online-Shop:

Internet

🌐 **<http://www.forum-verlag.com/details/index/id/5745>**