

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

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



3. Fragen zum IIIa. (Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Frage:

Können die Versichertenpauschalen -, Grund- und / oder Konsiliarpauschalen der verschiedenen arztgruppenspezifischen Kapitel des EBM in demselben Behandlungsfall nebeneinander abgerechnet werden?

Antwort:

Ja, wenn der Patient in einer fach- und / oder versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von mehreren Ärzten verschiedener Fachgruppen behandelt wird, kann jeder dieser Ärzte beim ersten persönlichen kurativen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal die Versicherten-, Grund- und / oder Konsiliarpauschale seines fachgruppenspezifischen Kapitels abrechnen, aber jeweils nur einmal im Behandlungsfall.

Beispiel: Eine Berufsausübungsgemeinschaft besteht aus einem Anästhesisten, einem Orthopäden und einem Chirurgen. Alle drei Fachgruppen werden innerhalb eines Quartals bei der Behandlung desselben Patienten tätig. Somit können jeweils der Anästhesist, der Chirurg und der Orthopäde einmal die fachgruppenspezifische Grundpauschale berechnen. Bei fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften (z. B. zwei Hausärzte oder zwei Gynäkologen) kann die Versicherten-, Grund- und / oder Konsiliarpauschale nur einmal beim ersten persönlichen kurativen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abgerechnet werden; dabei ist es egal, ob der Patient im Quartal von einem oder von mehreren Ärzten dieser Berufsausübungsgemeinschaft behandelt worden ist.

Frage:

Ein Patient wechselt innerhalb eines Quartals die Krankenkasse. Kann ich die Versichertenpauschale für diesen Patienten ein zweites Mal abrechnen?

Antwort:

Ja, das ist möglich. Die Versichertenpauschale kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Gemäß der Nr. 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen umfasst der Behandlungsfall die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Quartal zu Lasten derselben Krankenkasse.

Wenn der Patient die Krankenkasse während des Quartals wechselt, entsteht somit ein neuer Behandlungsfall, für den die Versichertenpauschale abgerechnet werden kann.

Frage:

Wie verhält es sich, wenn mich mein eigener Patient zuerst im organisierten Notdienst in Anspruch nimmt und ich ihn im weiteren Verlauf des Quartals auch im Rahmen der normalen Sprechstunde behandle? Ist die Versichertenpauschale 03000 in dem Behandlungsfall zusätzlich zu der GOP 01210 berechnungsfähig?

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Antwort:

Ja, wenn Sie von eigenen Patienten im organisierten Notfalldienst in Anspruch genommen werden, berechnen Sie die Notfallpauschale 01210. Kommt es außerhalb des Notdienstes zu einem weiteren persönlichen Kontakt mit dem Patienten innerhalb des Quartals, können Sie zusätzlich die Versichertenpauschale abrechnen.

Frage:

Kann ich die Versichertenpauschale neben der Gesundheitsuntersuchung abrechnen?

Antwort:

Wenn nur eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt wird und keine weitere kurative Behandlung des Patienten erfolgt, kann die Versichertenpauschale nicht abgerechnet werden.

Frage:

Kann bei der gemeinsamen Behandlung eines Kindes in einer Berufsausübungsgemeinschaft, bestehend aus einem Allgemeinarzt und einem Kinderarzt, jeder Arzt die Versichertenpauschalen seines Kapitels abrechnen?

Antwort:

Gemäß der Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sind die Versichertenbeziehungsweise die Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der Präambel genannten Arztgruppen einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Also rechnet der Allgemeinarzt die Versichertenpauschale aus Kapitel 3 und der Kinderarzt die Versichertenpauschale aus Kapitel 4 ab. Einen gegenseitigen Berechnungsausschluss gibt es nicht.

Frage:

In einer Berufsausübungsgemeinschaft sind ein Allgemeinarzt und ein Kinderarzt tätig. Was ist, wenn der Kinderarzt im Urlaub ist und der Allgemeinarzt das Kind vertretungsweise sieht? Kann der Allgemeinarzt in diesem Fall nur die Versichertenpauschale nach GOP 03010 abrechnen?

Antwort:

Unter Berücksichtigung, dass bei einer wechselseitigen Vertretung das Weiterbildungsrecht zu beachten ist, gibt es in Berufsausübungsgemeinschaften keine Vertretungen in dem Sinne, dass der Vertreter seine Leistungen auf einem Vertreterschein abrechnet. Wird der Allgemeinarzt in Abwesenheit des Kinderarztes in Anspruch genommen, berechnet er die „normale“ Versichertenpauschale nach GOP 03000.

Frage:

Ich bin als hausärztlich tätiger Internist niedergelassen. Ein Patient kam in demselben Quartal mit zwei Überweisungsscheinen zu mir. Die erste Überweisung kam vom Hausarzt, die zweite von einem Neurologen. Bei der ersten Behandlung (Überweisung des Hausarztes) habe ich die halbierte Versichertenpauschale nach GOP 03010 abgerechnet. Kann ich für die Behandlung

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



des Patienten auf Überweisung des Neurologen einen zweiten Schein anlegen und die Versichertenpauschale nach GOP 03000 zusätzlich abrechnen?

Antwort:

Nein, das ist leider nicht möglich. In der Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist geregelt, dass die Versichertenpauschalen nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig sind. Der Behandlungsfall ist als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse definiert (vgl. Nr. 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM). In dem von Ihnen geschilderten Fall sollten Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung fragen, ob Sie auf die Abrechnung der halben Versichertenpauschale nach GOP 03010 zugunsten der vollen Versichertenpauschale nach GOP 03000 verzichten, sprich die höher bewertete Leistung abrechnen können.

Frage:

Kann neben der Gebührenordnungsposition 03030 die Gebührenordnungsposition 01100 bzw. 01101 abgerechnet werden?

Antwort:

Ja, die Gebührenordnungspositionen 01100 bzw. 01101 sind zusätzlich zur Gebührenordnungsposition 03030 berechnungsfähig.

Frage:

Ein Hausarzt rechnet aufgrund einer unvorhergesehenen Inanspruchnahme durch den Versicherten die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03030 sowie die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach der Gebührenordnungsposition 01100 ab. Im weiteren Verlauf des Quartals kommt es zu einem ambulanten-kurativen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der unvorhergesehenen Inanspruchnahme. Der Hausarzt rechnet die Versichertenpauschale 03000 ab. Ist dies richtig?

Antwort:

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist im Behandlungsfall nicht neben der Versichertenpauschale 03000 berechnungsfähig. In diesem Fall würde also die Gebührenordnungsposition 03030 gestrichen.

Frage:

Gilt der in der Nr. 9 der Präambel zum Kapitel 3 genannte 22,5%ige Zuschlag nur für reine fachgleiche Praxen oder auch für fachungleiche Praxen, in denen aber mehrere Ärzte einer Fachgruppe tätig sind (z. B. 2 Hausärzte und 2 Kinderärzte)?

Antwort:

Die Zuschläge sind nur für reine fachgleiche Praxen vorgesehen. Sobald zwei Fachgruppen, die aus verschiedenen Kapiteln des EBM abrechnen, in einer Praxis tätig sind (z. B. 2 Hausärzte und 2 Kinderärzte), ist der Zuschlag nicht zu gewähren.

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Das gilt auch für den 22,5%-igen Zuschlag gemäß der Nr. 10 zum Kapitel 4 sowie für den 10%-igen Zuschlag gemäß der Nr. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM.

Frage:

In welcher Altersstufe wird die Versichertenpauschale vergütet, wenn der Patient zu Beginn des Quartals 17 Jahre alt ist und während des Quartals 18 Jahre alt wird?

Antwort:

Maßgeblich für die Zuordnung in die Altersstufen ist – gemäß den Regelungen der Nr. 4.3.5 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM – das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme beziehungsweise am Tag der ersten Leistungsabrechnung.

Frage:

Erfolgt bei Abrechnung der GOP 03040 durch diabetologische und HIV-Schwerpunktpraxen immer eine 50%ige Abstufung der EBM-Punktzahl?

Antwort:

Nein, nicht immer. Eine 50%ige Abstufung erfolgt nur in solchen Fällen, in denen die Behandlung aufgrund einer Überweisung eines in der Nr. 1 der Präambel 3.1 genannten Arztes erfolgt.

Bei Überweisung von Fachärzten oder Behandlung auf „Originalschein“ erfolgt keine Abstufung.

Frage:

Wir sind mit 3 Hausärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig und behandeln pro Quartal etwa 2.800 Patienten. Bekommen wir einen 10%igen Zuschlag auf die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 03040?

Antwort:

Nein, Sie bekommen keinen 10%igen Zuschlag. Die Behandlungsfälle Ihrer Praxis, an denen ein Arzt gemäß der Nr. 1 der Präambel 3.1 beteiligt war (in Ihrem Fall sind das alle Behandlungsfälle), werden durch die Anzahl der Ärzte gemäß der Nr. 1 der Präambel 3.1 dividiert. In Ihrem Fall ergeben sich hierbei 933 Behandlungsfälle pro Arzt (2.800 / 3). Die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt liegt in Ihrer Praxis also über 400 und unter 1.200. Sie erhalten weder einen 10%igen Zu- noch einen 10%igen Abschlag auf die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 03040.

Frage:

Sind die Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 auch im Vertretungsfall berechnungsfähig?

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Antwort:

Nein, die Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 sind nur als Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000 berechnungsfähig, im Vertretungsfall rechnen Sie die Versichertenpauschale 03010 ab. Unabhängig davon scheint es aber sehr unwahrscheinlich, dass Sie bei einem Patienten, den Sie in einem Quartal im Rahmen einer Vertretung behandeln, die Voraussetzungen des EBM zur kontinuierlichen Betreuung erfüllen.

Frage:

Können die Chronikerpauschalen 03220 und 03221 auch abgerechnet werden, wenn der Patient den Hausarzt wechselt und ich ihn das erste Mal sehe?

Antwort:

Die Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 (bei Kinderärzten 04220 und 04221) sind entsprechend den Vorgaben des EBM unter anderem nur für solche Patienten berechnungsfähig, die in der Praxis, welche die Chronikerpauschalen abrechnet, kontinuierlich ärztlich behandelt werden, wobei die kontinuierliche Behandlung im EBM definiert ist. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt aber auch dann vor, wenn der Patient die im EBM definierten Kriterien bei einem anderen Hausarzt erfüllt hat und Sie die hausärztliche Betreuung, zum Beispiel wegen Umzug des Patienten, jetzt übernehmen. In diesem Fall müssen Sie, als der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt, die bei dem vorherigen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Gebührenordnungsposition wird um den Buchstaben „H“ ergänzt angegeben, 03220H oder 03221H (beziehungsweise 04220H oder 04221H bei Kinderärzten).

Frage:

Ich betreue einen neuen, chronisch kranken Patienten, der wegen Umzugs seinen Hausarzt gewechselt hat. Wie lange muss ich die kodierte Zusatznummer bei Abrechnung der Chronikerpauschalen nach GOP 03220 oder 03221, also 03220H oder 03221H, angeben?

Antwort:

Der EBM enthält hierzu keine Vorgaben. Es sollte aber ausreichen, wenn Sie die kodierte Zusatznummer im ersten Behandlungsquartal, in dem Sie die Chronikerpauschale abrechnen, verwenden. Ab dem Folgequartal können die „normalen“ GOP des EBM verwendet werden.

Frage:

Muss der Arzt die Angaben eines Chronikers, der seinen Hausarzt wechselt, prüfen, bevor er selbst die Chronikerpauschalen nach den GOP 03220 oder 03221 abrechnet?

Antwort:

Der EBM sieht keine Regelung vor, dass die Angaben durch den vorher behandelnden Hausarzt zu bestätigen sind. Daher sind grundsätzlich die Angaben des Patienten, die sich aus der Erhebung der Anamnese ergeben und die dokumentiert werden, ausreichend.

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Gemäß der Nr. 1 der Präambel zum Kapitel 4 können die GOP dieses Kapitels nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin abgerechnet werden. In der Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist bestimmt, dass GOP, deren Berechnung an ein Gebiet gebunden ist (hier Kinder- und Jugendmedizin), die darauf basierende Zulassung voraussetzt.

Da weder in der Präambel zum Kapitel 3 (Hausärzte) noch in der Präambel zum Kapitel 4 (Kinderärzte) eine Ausnahmeregelung benannt ist, können Sie die Gebührenordnungsposition 04355 nicht abrechnen.

Frage:

Ich bin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätig und behandle auch Diabetiker, deren Hausarzt ich nicht bin. Liegt für die Behandlungstage, an denen ich diese Patienten betreue, ein Hausarztwechsel vor, sodass ich die Voraussetzungen der kontinuierlichen Betreuung für die Abrechnung der Chronikerpauschalen nach GOP 03220 oder 03221 nicht erfüllen, sondern nur die beim Hausarzt stattgefundenen Kontakte mit einer kodierten Zusatznummer nachweisen muss?

Antwort:

Nein, in diesen Fällen liegt kein Hausarztwechsel im Sinne der Regelungen des EBM zu den Chronikerpauschalen vor. Der Patient wechselt nicht seinen Hausarzt, er sucht Sie nur für eine spezielle Behandlung auf. Sie müssen die Voraussetzungen der kontinuierlichen Betreuung für die Abrechnung der Chronikerpauschalen nach GOP 03220 oder 03221 selbst erfüllen

Frage:

Gibt es einen Katalog mit Diagnosen (ICD-Kodes), die als chronische Erkrankungen im Sinne der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 gelten?

Antwort:

Nein, einen solchen Katalog gibt es nicht. Kataloge, die sich gegebenenfalls im Umlauf befinden, sind keine offiziellen, vom Bewertungsausschuss beschlossenen.

Frage:

Die GOP 03221 fordert im obligaten Leistungsinhalt die Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung. Was muss ich machen, wenn für eine vorliegende Erkrankung keine leitliniengestützte Behandlung vorgesehen ist?

Antwort:

Entsprechend dem obligaten Leistungsinhalt ist nur zu prüfen, ob für die vorliegende Erkrankung eine leitliniengestützte Therapie vorgesehen ist und ob eine solche, wenn vorhanden, einzuleiten ist. Wenn Sie die Prüfung durchgeführt haben und zu dem Ergebnis kommen, dass es keine leitliniengestützte Therapie gibt, ist der Leistungsinhalt erfüllt.

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Frage:

Kann bei einem Patienten beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt neben der Chronikerpauschale 03221 auch das Gespräch nach Gebührenordnungsposition 03230 abgerechnet werden?

Antwort:

Der EBM sieht keinen Nebeneinanderabrechnungsausschluss der Gebührenordnungspositionen 03221 und 03230 vor. Bitte beachten Sie die verlängerten Zeitvorgaben, wenn Sie das Gespräch nach Gebührenordnungsposition 03230 neben der Chronikerpauschale 03221 abrechnen.

Frage:

Kann das Gespräch nach der Gebührenordnungsposition 03230 auch im Rahmen einer Vertretung abgerechnet werden?

Antwort:

Ja, wenn die Voraussetzungen der Leistungslegende erfüllt sind, ist das möglich. Zu beachten ist hierbei, dass bis zu 5 Minuten Gesprächsleistung Bestandteil der Versichertenpauschale 03010 sind, welche Sie im Vertretungsfall abrechnen. Wenn Sie das Gespräch an demselben Behandlungstag neben der Versichertenpauschale 03010 abrechnen, ist folglich eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 15 Minuten erforderlich.

Frage:

Ist das problemorientierte ärztliche Gespräch im Zusammenhang nach den Gebührenordnungspositionen 03230/04230 EBM bei einem Patienten mehrfach berechnungsfähig?

Antwort:

Ja, das Gespräch kann pro Patient im Quartal mehrfach abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass das Gespräch mindestens 10 Minuten dauert. Dauert es länger, kann es je vollendete 10 Minuten Gesprächsdauer abgerechnet werden. Bitte beachten Sie die Bestimmungen des EBM, nach denen sich die Arzt-Patienten-Kontaktzeit verlängert, wenn das Gespräch neben der Versichertenpauschale oder neben anderen diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Gebührenordnungspositionen abgerechnet wird.

Zu beachten ist weiterhin, dass es ein quartalsbezogenes Punktzahlvolumen gibt, man könnte auch Gesprächsbudget sagen. Die Höhe des Gesprächsbudgets ergibt sich gemäß der Präambel zum Kapitel 3 (Hausärzte) beziehungsweise der Präambel zum Kapitel 4 (Kinderärzte) aus der Multiplikation „Behandlungsfallzahl x 45 Punkte“. Die Definition der Behandlungsfälle, die für die Berechnung des Gesprächsbudgets relevant sind, erfolgt ebenfalls in den Präambeln der Kapitel 3 und 4.

Frage:

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Die Gesprächsleistung nach GOP 03230 kann auch abgerechnet werden, wenn das Gespräch mit einer Bezugsperson erfolgt. Kann das Gespräch auch telefonisch erfolgen?

Antwort:

Nein, telefonische Gespräche sind gemäß der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur nach der GOP 01435 berechnungsfähig.

Frage:

Die GOP 03230/04230 können auch abgerechnet werden, wenn das Gespräch mit einer Bezugsperson geführt wird. Daher kann es vorkommen, dass die GOP 03230/04230 als alleinige GOP im Behandlungsfall abgerechnet werden. Ist das richtig?

Antwort:

Ja, wenn nur ein Gespräch mit der Bezugsperson geführt wird und im Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt, kann die GOP 03230 allein im Behandlungsfall abgerechnet werden.

Frage:

Das Gespräch nach GOP 03230 ist neben allen palliativmedizinischen GOP ausgeschlossen, außer neben der GOP 03371. Ist das richtig?

Antwort:

Ja, es besteht kein Abrechnungsausschluss. Bei Berechnung des Gesprächs nach GOP 03230 neben anderen therapeutischen GOP sind die Zeitvorgaben zur GOP 03230 zu beachten.

Frage:

Kann die Gesundheitsuntersuchung nach Gebührenordnungsposition 01732 neben dem Gespräch nach Gebührenordnungsposition 03230 abgerechnet werden?

Antwort:

Der EBM sieht keinen Nebeneinanderabrechnungsausschluss, weder an demselben Behandlungstag noch in demselben Behandlungsfall, der Gebührenordnungspositionen 01732 und 03230 vor.

Achten Sie auch auf die verlängerten Zeitvorgaben, wenn Sie die Gebührenordnungsposition 03230 neben der Versichertenpauschale oder neben anderen diagnostischen oder therapeutischen Gebührenordnungspositionen abrechnen.

Frage:

Wir sind in einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft mit Haus- und Fachärzten tätig. Werden alle Behandlungsfälle unserer Praxis für die Berechnung des Gesprächsbudgets für die Gebührenordnungsposition 03230 berücksichtigt?

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Antwort:

Nein, in der Nr. 10 der Präambel 3.1 ist geregelt, dass für die Berechnung des Gesprächsbudgets für die Gebührenordnungsposition 03230 nur solche Behandlungsfälle (gemäß der Nr. 11 der Präambel 3.1) berücksichtigt werden, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1, also ein Hausarzt, vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und abgerechnet hat.

Frage:

Wir sind in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Allgemeinärzten und einem Kinderarzt tätig. Es kommt vor, dass Patienten, die noch keine 18 Jahre alt sind, in demselben Quartal sowohl von einem Haus- als auch von einem Kinderarzt behandelt werden. Wie errechnet sich in einer solchen Konstellation das Gesprächsbudget für die Gebührenordnungspositionen 03230 beziehungsweise 04230?

Antwort:

Für die Gebührenordnungsposition 03230 werden alle Behandlungsfälle (gemäß der Nr. 11 der Präambel 3.1) berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1, also ein Hausarzt, vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und abgerechnet hat.

Für die Gebührenordnungsposition 04230 werden alle Behandlungsfälle (gemäß der Nr. 12 der Präambel 4.1) berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1, also ein Kinderarzt, vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und abgerechnet hat.

Beispiel:

Sie haben insgesamt 3.000 für das Gesprächsbudget relevante Behandlungsfälle. In 2.400 dieser Behandlungsfälle hat ein Hausarzt vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und abgerechnet, in 800 Behandlungsfällen der Kinderarzt.

Budget 03230: $2.400 \times 45 \text{ Punkte} = 108.000 \text{ Punkte}$

Budget 04230: $800 \times 45 \text{ Punkte} = 36.000 \text{ Punkte}$

Frage:

Benötige ich für die Durchführung und Abrechnung der geriatrischen Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 eine besondere Qualifikation?

Antwort:

Nein, ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis ist im EBM nicht vorgesehen.

Frage:

Können die Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 oder 03221 in demselben Behandlungsfall neben den palliativmedizinischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 oder 03373 abgerechnet werden?

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Antwort:

Abrechnungsausschlüsse sieht der EBM nur im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes vor, was durch die Formulierung „ist nicht neben ... berechnungsfähig“ deutlich wird. Einen Ausschluss im Behandlungsfall gibt es aber nicht. Sie können die Chronikerpauschale und die palliativmedizinischen Leistungen also an verschiedenen Behandlungstagen im Behandlungsfall nebeneinander abrechnen.

Frage:

Im Gegensatz zur GOP 03371 fehlt in den Legenden der GOP 03372 und 03373 der Bezug zur Versichertenpauschale 03000. Kann ich die GOP 03372 und 03373 somit auch im Rahmen einer Vertretung, bei der ich die Versichertenpauschale 03010 ansetze, abrechnen?

Antwort:

Bei Vertretung eines anderen Hausarztes rechnen Sie die Versichertenpauschale 03010 ab und können bei Besuchen eines palliativmedizinisch zu betreuenden Patienten zusätzlich die GOP 03372 beziehungsweise 03373 abrechnen, wenn die Voraussetzungen der Präambel 3.2.5 erfüllt sind. Es ist aber zu beachten, dass die GOP 03372 und 03373 im obligaten Leistungsinhalt unter anderem eine palliativmedizinische Betreuung des Patienten fordern. Eine solche könnte im Rahmen einer längeren Vertretungszeit gegebenenfalls möglich sein, im Rahmen einer einmaligen Vertretung aber eher nicht.

Frage:

Müssen die Patienten ein bestimmtes Alter erreicht haben, damit ich die palliativmedizinischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 abrechnen kann?

Antwort:

Nein, die Abrechnung der palliativmedizinischen Gebührenordnungspositionen ist nicht an ein bestimmtes Alter der Patienten gebunden. Es müssen die Voraussetzungen der Präambel 3.2.5 erfüllt sein.

Frage:

Ich bin als Kinderarzt mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie tätig und erhalte oft Überweisungen von anderen Kinderärzten zur fachärztlichen Diagnostik. Kann ich in diesen Fällen auch nur die „halbierte Versichertenpauschale“ nach Gebührenordnungsposition 04010 abrechnen?

Antwort:

In den Anmerkungen zur „halbierten“ Versichertenpauschale 04010 ist geregelt, dass Sie, wenn Sie in diesen Fällen eine Gebührenordnungsposition aus den Abschnitten 4.4 oder 4.5 abrechnen (in Ihrem Fall wäre das Abschnitt 4.4.1), die volle Versichertenpauschale nach Gebührenordnungsposition 04000 abrechnen können.

Frage:

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Gilt ein persönlicher Kontakt mit der Mutter eines Patienten auch als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, für den ich die Versichertenpauschale 04000 abrechnen kann?

Antwort:

Nein, in diesem Fall liegt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt vor, Sie können die Versichertenpauschale 04000 nicht abrechnen. Gemäß der Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM setzt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Patienten (z. B. Taubheit, Sprachverlust) liegt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zwar auch dann vor, wenn der Kontakt des Arztes indirekt über eine Bezugsperson erfolgt, Arzt, Patient und Bezugsperson müssen sich aber gleichzeitig an demselben Ort befinden. Beispiele:

- Patient ist zu Hause, Bezugsperson telefoniert mit dem Arzt = kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Patient ist zu Hause, Bezugsperson redet in der Praxis mit Arzt = kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Patient und Bezugsperson kommen in die Praxis = persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Im Rahmen eines Hausbesuchs befinden sich Patient, Bezugsperson und Arzt in demselben Raum = persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Frage:

Müssen die in der Anmerkung zur GOP 04355 aufgeführten ICD-Kodes gesichert sein?

Antwort:

Nein, diese müssen nicht gesichert sein. In der Leistungslegende heißt es „...und/oder Abklärung“, d. h., es besteht gegebenenfalls nur ein Verdacht, der zu klären ist, der sich aber möglicherweise nicht bestätigt.

Frage:

Kann ich als Allgemeinarzt die Gebührenordnungsposition 04355 abrechnen, wenn ich Patienten, die noch keine 18 Jahre alt sind, sozialpädiatrisch betreue?

Antwort:

Nein, Sie können die Gebührenordnungsposition 04355 nicht abrechnen.

Diese Leistung ist dem Kapitel 4 (Kinder- und Jugendmedizin) des EBM zugeordnet. Gemäß der Nr. 1 der Präambel zum Kapitel 4 können die GOP dieses Kapitels nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin abgerechnet werden. In der Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist bestimmt, dass Gebührenordnungspositionen deren Berechnung an ein Gebiet

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



gebunden ist (hier Kinder- und Jugendmedizin), die darauf basierende Zulassung voraussetzen. Weder die Präambel zum Kapitel 3 (Hausärzte) noch die Präambel zum Kapitel 4 (Kinderärzte) sehen bezüglich der Gebührenordnungsposition 04355 eine Sonderregelung vor.

Frage:

Ich behandle im Quartal durchschnittlich 1.300 Patienten, darunter sind immer um die 150 bis 200 Patienten, die ich als Vertreter versorge. Erhalte ich einen 10-prozentigen Zuschlag zur GOP 03040?

Antwort:

Ja, Sie erhalten den 10-prozentigen Zuschlag.

Gemäß der entsprechenden Anmerkung zu Gebührenordnungsposition 03040 wird der Aufschlag von 10% bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen gewährt. Die Zahl der Behandlungsfälle wird gemäß der Nr. 11 der Präambel zum Kapitel 3 (Hausärzte) ermittelt. Ein Ausschluss für Vertreterfälle ist hier nicht vorgesehen, sodass die Vertreterfälle für relevant sind für den 10-prozentigen Zuschlag.

In den Vertreterfällen, in denen Sie die Versichertenpauschale 03010 abrechnen, erhalten Sie die Gebührenordnungsposition 03040 aber nur zu 50 %.

Frage:

Ist eine kontinuierliche Behandlung auch gegeben, sprich die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03220 oder 03221 mit dem Buchstaben „H“ auch möglich, wenn der Patient vorher in einer Facharztpraxis behandelt wurde?

Antwort:

Nein, die bei einem Facharzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte sind nicht gemeint. Gemäß der Präambel zum Abschnitt 3.2.2 (Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung) kann der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt nur die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte heranziehen.

Frage:

Ein Hypertoniker, der täglich Blutdruckmedikamente nehmen muss, lebt sechs Monate im Jahr am Ort A und sechs Monate am Ort B und ist an jedem Ort bei einem Hausarzt in Behandlung. Wer rechnet die Chronikerpauschale nach Gebührenordnungsposition 03220 oder 03221 ab?

Antwort:

Wenn die sechs Monate genau zwei Quartale bedeuten, kann keiner der Ärzte die Chronikerpauschale abrechnen, weil in keiner Praxis im Zeitraum der letzten vier Quartale jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden haben kann.

Frage:

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



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

Antwort:

Die Gebührenordnungsposition 03370/04370 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Der im EBM verwendete Begriff des Krankheitsfalls hat nichts mit der tatsächlichen Erkrankung des Patienten zu tun. Er umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Quartale, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen (siehe auch Kommentar zur Nr. 3.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM).

Da davon auszugehen ist, dass die Lebenserwartung eines palliativmedizinischen Patienten auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist, kann die palliativmedizinische Ersterhebung der facto nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden.

Frage:

Kann das geriatrische Basisassessment nach Gebührenordnungsposition 03360 an eine nichtärztliche Mitarbeiterin delegiert werden?

Antwort:

Nein, in Gänze ist das nicht möglich, allenfalls in Teilen, die standardisiert durchführbar sind.

In der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V) ist geregelt, dass der Arzt Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren darf. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Vorbereitende Maßnahmen, zum Beispiel standardisierte Erhebungen oder die Erläuterung standardisierter Info-Materialien, können delegiert werden. Hierbei muss aber eine spätere Überprüfung und gegebenenfalls Ergänzung im Patientengespräch durch den Arzt erfolgen.

Frage:

Wie viele Testverfahren müssen durchgeführt werden, damit die Gebührenordnungsposition 03360 abgerechnet werden kann?

Antwort:

Im obligaten Leistungsinhalt ist nur die Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten, der Mobilität und der Sturzgefahr mittels standardisierter Testverfahren gefordert. Es gibt keine Vorgabe hinsichtlich der Anzahl der Testverfahren. Es liegt folglich in der Verantwortung des Arztes zu entscheiden, wie viele Testverfahren bei dem jeweiligen Patienten erforderlich sind.

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



Frage:

Mit dem ersten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 03360 wird die Erhebung und/oder das Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen gefordert.

Was genau bedeutet das?

Antwort:

Die Verknüpfung „und/oder“ bedeutet, dass Sie entweder

- eine Erhebung durchführen (bezüglich der Untersuchungen, mit denen Sie die Erhebung durchführen gibt es keine Vorgaben im EBM)

oder

- die bereits erhobenen Funktionseinschränkungen elektronisch überwachen

oder

- beides nacheinander durchführen können.

Sowohl die Erhebung als auch das Monitoring müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Zu der Dokumentation macht der EBM an dieser Stelle keine speziellen Vorgaben, hier gelten die berufsrechtlichen Bestimmungen.

Unabhängig von den obligaten und fakultativen Leistungsinhalten der Gebührenordnungsposition 03360 müssen die in der Präambel zum Abschnitt 3.2.4 genannten Voraussetzungen erfüllt sein, was unter anderem auch die Angabe der relevanten Diagnose (ICD-10-Kode) in der Abrechnung voraussetzt.

Frage:

Kann ich bei jedem Patienten, der das 70. Lebensjahr vollendet hat, das geriatrische Basisassessment durchführen oder nur bei solchen, die entsprechende Symptome aufweisen?

Antwort:

Das Hausärztlich-Geriatrische Basisassessment nach Gebührenordnungsposition 03360 ist kein Screening, das bei jedem Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr durchgeführt werden kann. Es muss immer mindestens ein begründeter Verdacht vorliegen, dass es sich um eine geriatrische Erkrankung handelt. Hierbei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu beachten:

- „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder

Häufige Fragen zum EBM – Abschnitt IIIa



unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Stellt sich im Rahmen des geriatrischen Basisassessment heraus, dass bei dem Patienten eine andere Ursache zugrunde liegt und er nicht wegen einer geriatrischen Erkrankung die Symptomatik aufweist, so ist die GOP 03360 berechnungsfähig und die Diagnose (der ICD-10-Code) mit "V (Verdacht)" bzw. "A (Ausschluss)" anzugeben, da initial von einer geriatrischen Ursache auszugehen war (Alter, Symptome). Ohne Anhalt auf eine Erkrankung, das heißt die Kriterien der Präambel 3.2.4 müssen erfüllt sein, ist die GOP 03360 nicht berechnungsfähig.

Frage:

Kann der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex nach der Gebührenordnungsposition 03362 beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall abgerechnet werden?

Antwort:

Nein, das ist nicht möglich.

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 neben der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000, 03010 oder 03030 ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig (vgl. erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03362 im EBM).

Da die Versichertenpauschale beim ersten persönlichen kurativen Arzt-Patientenkontakt im Behandlungsfall abzurechnen ist, kann die Durchführung und Abrechnung der Gebührenordnungsposition 03362 frühestens beim zweiten persönlichen Arzt-Patientenkontakte im Behandlungsfall erfolgen.

Bestellmöglichkeiten



Der neue EBM auf CD-ROM

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/5746>**