

GOP	Frage	Antwort
01100 ff.	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zusammen mit Versichertenpauschale abrechenbar? Wann abrechenbar, ab 18:00 Uhr, ab 20:00 Uhr Sa/So/Feiertag? Palliativbesuch in Vertretung abrechenbar?	Die GOP 01100ff ist auch neben Versichertenpauschalen berechnungsfähig. Die genauen Zeiten sind dem jeweiligen Leistungsinhalt zu entnehmen. Palliativleistungen sind beim Hausbesuch auch in der Vertretung möglich.
01435	Fällt die telefonische Beratung nach GOP 01435 weg?	Nein.
03000	Gibt es den Aufschlag von 22,5 % auch bei Anstellung eines Sicherstellungsassistenten?	Nein.
03000	Geht die Versichertenpauschale nach GOP 03000 in Kombination mit der Gesprächsleistung nach GOP 03230 in das Tagesprofil oder nur in das Quartalsprofil ein?	Nur Quartalsprofil.
03000	Was passiert wenn ein Patient zu zwei verschiedenen Hausärzten direkt mit der Krankenversichertenkarte geht, ohne dass der jeweils andere das weiß? Wer bekommt was?	Das Problem bestand schon im alten EBM. Grundsätzlich hat der Arzt nach bestem Wissen u. Gewissen abzurechnen. Wenn der Patient verheimlicht, dass er schon bei mehreren Hausärzten war, kann man den Hausarzt nicht belangen.
03000	Wie wird die Versichertenpauschale in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) gekennzeichnet, damit die hausärztliche Vorhaltepauschale zugesetzt wird? Macht das die KVB automatisch (oder 99215)?	Der Zuschlag auf die Versichertenpauschale (GOP 03040) in einer BAG erfolgt automatisch.
03000, 03040	Warum bekommen Gemeinschaftspraxen einen Aufschlag?	Abweichend von 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen 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. Wie bisherige Regelung.

GOP	Frage	Antwort
03000, 03040	Gibt es den Aufschlag für Versichertenpauschalen von 22,5 % für BAGs auch für Chronikerziffern (GOP 03220/03221) und Gesprächsziffern (GP 03230) ?	Nein, nur zu den Versichertenpauschalen 03000 und 03030.
03000, 03230	Kann die Zeit für Gesprächsleistungen und die Versichertenpauschale gleichzeitig abgerechnet werden?	Ja.
03030	Wann kann die GOP 03030 abgerechnet werden?	Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen. Für die telefonische Nachtberatung bei unvorhergesehener Inanspruchnahme kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01435 in der Zeit zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr die Gebührenordnungsposition 01100 und in der Zeit zwischen 22:00 Uhr und 07:00 Uhr die Gebührenordnungsposition 01101 berechnet werden.
03030	Wie oft kann die GOP 03030 abgerechnet werden?	Höchstens zweimal im Behandlungsfall.
03030	Kann die GOP 03030 auch im Bereitschaftsdienst abgerechnet werden?	Nein. Die Leistungen des org. Notfalldienstes sind gleich geblieben.
03030	Was definiert eine unvorhergesehene Inanspruchnahme? Auch abrechenbar wenn GOP 03000 u. Chronikerziffer in einem Quartal bereits abgerechnet sind z.B. zusätzlich zu weiterem dringenden Hausbesuch?	Die unvorhergesehene Inanspruchnahme muss zu den genannten Zeiten zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen erfolgt sein.

GOP	Frage	Antwort
03030	Patient kommt 19:30 Uhr unvorhergesehen in die Praxis (persönl. A-P-Kontakt). Patient ruft 22:30 Uhr nochmals an. Wie abrechnen?	Für den Erstkontakt ist die GOP 03030 berechnungsfähig. Für die telefonische Nachtberatung bei unvorhergesehener Inanspruchnahme kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01435 in der Zeit zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr die Gebührenordnungsposition 01100 und in der Zeit zwischen 22:00 Uhr und 07:00 Uhr die Gebührenordnungsposition 01101 berechnet werden.
03040	Bei hälftiger Niederlassung: gelten Auf- und Abschläge bei der Vorhaltepauschale bei je 50 % Aufschlag 10 % bei > 600 Pat. - Abschlag 10 % bei < 200 Pat.?	Die anteilmäßige Zulassung wird bei der Berechnung berücksichtigt.
03040	Ich habe eine Einzelpraxis mit 2 Sitzen und 2 angestellten Ärztinnen (je 50 %). Wird der Aufschlag 20% auf die GP von KV automatisch zugesezt?	Ja.
03040	Stimmt es, dass ich in Behandlungsfällen, bei denen ich eine Akupunktur abrechne, keine Chroniker- und keine Vorhaltepauschale bekomme?	Ja.
03040	Wird die GOP 03040 dem HA auch dann nicht zugesezt, wenn in einer fachübergreifenden BAG ein anderer Arzt eine dieser Leistungen im Beh.fall erbracht hat?	Nein. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
03040	Ist die Vorhaltepauschale bei Überweisung von Hausarzt zu Hausarzt berechnungsfähig?	Nur bei Überweisungen an diabetologische und HIV-Schwerpunktpraxen.

GOP	Frage	Antwort
03040	Fließen alle Scheine (Notfall, Vertretung) in die Berechnung 400 / 1200 Fälle ein?	Nein, unberücksichtigt bei der Ermittlung der Anzahl der Behandlungsfälle bleiben: - Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, - belegärztliche Fälle, - Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung von Kosten des Kapitels 40 und - Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.
03040	Gibt es Leistungen, die in einer Hausarztpraxis vorgehalten werden müssen um die Pauschale zu bekommen?	Nein.
03040	Zählt der Notfalldienst (SUG 41) bzw. Notfall (SUG 43) zur Behandlungsfallzählung? Welche Fälle werden gezählt?	Begrenzung: Punktzahlvolumen aus Anzahl Behandlungsfälle x 45 Punkte in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten für jeden Behandlungsfall, in dem ein Hausarzt an der Patientenbehandlung beteiligt ist. Bestimmte Behandlungsfälle bleiben bei Fallzählung unberücksichtigt – z. B. Notfälle im org. Bereitschaftsdienst (SUG 41), belegärztliche Fälle, Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.
03040	Warum darf die Vorhaltepauschale nicht bei Schlafstörungsdiagnostik abgerechnet werden?	Die Leistungen aus Abschnitt 30.9 (z.B. Schlafstörungsdiagnostik) zählen nicht zum typisch hausärztlichen Versorgungsauftrag.
03040	Fällt die GOP 03040 weg, wenn ich einen hypertensiven Chroniker untersuche? Kann mein Partner in der GP dies tun, wenn er die Versichertenpauschale dokumentiert?	Keine Zusetzung der GOP 03040, auch nicht für den BAG-Partner.

GOP	Frage	Antwort
03040	<p>Die Vorhaltepauschale 03040 wird nicht zugefügt, wenn im Behandlungsfall Leistungen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Kapitel 35.2) abgerechnet werden.</p> <p>Wie verhält es sich wenn eine Therapie im Rahmen DMP Brustkrebs abgerechnet wird (92697F) oder auch bei den Dokumentationen DMP Brustkrebs? Ist dies auch ein Kriterium, dass die Vorhaltepauschale nicht zugefügt wird?</p>	<p>Die DMP-Leistungen sind neben der 03040 nicht ausgeschlossen.</p> <p>Bei der Abrechnung einer Therapie im Rahmen des DMP Brustkrebs oder auch bei den Dokumentationen im DMP Brustkrebs handelt es sich um Leistungen des DMP-Brustkrebsvertrags und nicht um Leistungen aus Kapitel 35.2 EBM.</p>
03040	<p>Werden die HZV-Fälle eingeschriebener GKV-Versicherter mit weniger als 400 Fällen bei der Fallzählung (Abschlagsregelung - 400 Fälle) mit der Kennziffer 88192 berücksichtigt?</p>	<p>Die neue Abschlagsregelung von 14 Punkte bei der Gebührenordnungsposition 03040 für Praxen mit vielen HZV-Fällen ist problematisch. Deshalb hat sich die KVB entschieden, diese Fälle bei der Fallzählung für die Abschlagsregelung mit zu berücksichtigen.</p> <p>Für eine unbürokratische Umsetzung der Berücksichtigung der reinen HZV-Fälle wird die KV auf den Ansatz der bereits gültigen GOP 88192 abstellen. (=> Zur Abrechnung der GOP 88192 nochmals zur Erinnerung: Im Falle der Behandlung von im HZV eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die KV legen Sie für diese Patienten einen KV-Abrechnungsfall an und rechnen auf diesem Fall einmal im Quartal die GOP 88192 über die KVB ab. Die Kennzeichnung durch den Arzt ist freiwillig.)</p> <p>Diese so gekennzeichneten Fälle werden dann von uns bei der Fallzählung für die Abschlagsregelung bei GOP 03040 berücksichtigt.</p>
03040, 03220, 03221 04040, 04220, 04221	<p>Bei Überweisung durch einen anderen Hausarzt ist die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM anzugeben. Gibt es eine Auflistung der hier zulässigen ICD-Codes?</p>	<p>Nein, gibt es derzeit nicht</p>

GOP	Frage	Antwort
03040, 03220, 03221	Wird die Vorhaltepauschale GOP 03040 bzw. werden die Chronikerzuschläge i. Z. mit Leistungen der Homöopathie (GOP 97200 ff.) vergütet?	Die homöopathischen Leistungen gemäß unserer Homöopathieverträge sind neben den neuen EBM-GOPen abrechenbar.
03040 oder 03360 und Psychotherapie in GP	Wir sind eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis, wobei Arzt A zu 80 % seines KV-Umsatzes durch Psychotherapie generiert. Viele meiner hausärztlichen Patienten sind gleichzeitig in psychotherapeutischer Behandlung meines Kollegen (Arzt B). Kann ich dann trotzdem die Vorhaltepauschale und ggf. Chronikerziffer abrechnen?	Nein. Abschnitt 35.2 sind Ausschlussleistungen zur GOP 03040 und Chronikerpauschale, auch arztübergreifend in hausärztl. BAG.
03040, 03220, 03221	Schließen sich die Chronikerpauschale und die Vorhaltepauschale aus?	Nein.
03040, 03220, 03221	Wann ist die Chronikerpauschale und die Vorhaltepauschale nicht abrechnungsfähig?	Im Behandlungsfall (Quartal) sind folgende Leistungen und Kapitel ausgeschlossen: - GOP 35111, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 - Kapitel 30.5, 30.7, 30.9, 35.2 - Onkologie (GOP 86510 ff.) - Fachärztliche Leistungen nach KO-Katalog - bei Überweisung durch einen anderen Hausarzt (Ausnahmen: an diabetologische oder HIV-Schwerpunktpraxen).
03360, 03362	GOP 03360 und GOP 03362 geriatrisches Basisassessment in einem Quartal abrechenbar oder nur nacheinander (Quartal 1 GOP 03360, Quartal 2 GOP 03362)?	Es besteht kein Abrechnungsausschluss, weder im Quartal noch im APK.
03220	Kann die Chronikerpauschale neben der psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet werden?	Ja.

GOP	Frage	Antwort
03220	Wie wird der Chronikerkomplex bei Hausarztwechsel abgerechnet?	Wechselt der Patient seinen Hausarzt und fanden die zur Berechnung notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis des bisher betreuenden Hausarztes statt, kann die Chronikerpauschale auch von dem die Betreuung übernehmenden Hausarzt abgerechnet werden. In diesem Fall ist die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben H abzurechnen (GOP 03220H und GOP 03221H)
03220	Gibt es eine Liste der ICD10-Codes für die Chronikerpauschale?	Nein.
03220, 03221	Was hat sich seit 01.07.2014 bei 2-maligem Ansatz des Chronikerzuschlages geändert?	<p>Die GOP 03221/04221 ist als Zuschlag zur GOP 03220/04220 berechnungsfähig. Damit muss die erste Chronikerpauschale nicht mehr gelöscht werden, vielmehr wird beim zweiten persönlichen APK nur noch die zweite Chronikerpauschale nach GOP 03221 bzw. 04221 zugefügt. Der gegenseitige Berechnungsausschluss der beiden Chronikerpauschalen im Behandlungsfall (Quartal) wurde aufgehoben.</p> <p>Die GOP 03221/04221 wird mit 40 Punkten bewertet. Durch die geänderte Zuschlagssystematik ergibt sich in Summe eine Höherbewertung der Chronikerpauschale beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Höhe von 2 Euro (130</p>
03220, 03221	Zählt für das Vorliegen einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung bei den Chronikerpauschalen bei dem Zeitraum der "letzten vier Quartale" nach Präambel 3.2.2 das aktuelle Quartal mit?	Ja, der angegebene Zeitraum schließt das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also die letzten drei und das aktuelle Abrechnungsquartal (Bsp.: aktuelles Quartal 4-2013 und vorausgegangene 3 Quartale 1-2013 bis 3-2013).
03220, 03221	Wer setzt die Chronikerpauschalen an? Die Praxis oder die KVB?	Eintrag ist von der Praxis vorzunehmen.

GOP	Frage	Antwort
03220, 03221	Gibt es schon eine Dokumentationsziffer beim Arztwechsel des Patienten, wenn man beim bisherigen Hausarzt nachfragt, ob die Chronikerziffer die letzten 3 Quartale vor Arztwechsel vom alten HA eingetragen wurde?	Ja. Zu Dokumentationszwecken, dass die für die Berechnung notwendigen APK bei einem anderen Hausarzt stattgefunden haben, ist in diesem Fall die Chronikerpauschale mit dem Buchstaben "H" in Ihre Abrechnung einzutragen (GOP 03220H und 03221H).
03220, 03221	Ist der Chronikerzuschlag neben der Psychotherapie Kap. 35.1 bzw. 35.2 abrechenbar?	Nein, außer neben der psychosomatischen Grundversorgung nach GOP 35100 und 35110.
03220, 03221 04220, 04221	Kann die Chronikerpauschale durch den HA abgerechnet werden, wenn in einer fachübergreifenden BAG ein anderer Arzt eine der Ausschlussleistungen erbracht hat?	Die Abrechnungsausschlüsse zu den Chronikerkomplexen finden keine Anwendung, wenn die ausgeschlossenen Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
03220, 03221 04220, 04221	Eine diabetologische SP-Praxis bekommt Patienten vom Hausarzt zur Behandlung gemäß Diabetes-Vereinbarung überwiesen. Wenn ein Patient das erste Mal in die Praxis wegen Diabetes überwiesen wird, (der Diabetes aber schon lange besteht und er auch schon immer beim ursprünglichen HA deshalb in Behandlung war) darf dann die SP-Praxis den Chronikerkomplex abrechnen? Wenn ja, sollte das gesondert gekennzeichnet sein?	Die EBM-Bestimmungen gelten auch für Schwerpunktpraxen. Die Chronikerpauschalen können nur angesetzt werden, wenn die geforderten Arzt-Patienten-Kontakte in derselben Praxis stattgefunden haben. Lediglich bei einem Hausarztwechsel kann der übernehmende Hausarzt die geforderten APK "übernehmen" und diese mit der H-Kennzeichnung dokumentieren.
03221	Müssen 2 Kontakte bei der Chronikerpauschale dokumentiert werden - wenn ja wie?	Ja, in der Patientenkartei.

GOP	Frage	Antwort
03230	Ist das problemorientierte ärztliche Gespräch nach GOP 03230 auch telefonisch abrechnungsfähig?	Nein. Hier treffen die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 EBM zu, nach denen telefonische APK Inhalt der Versichertenpauschalen sind und demzufolge nicht gesondert berechnet werden können.
03230	Kann die GOP 03230 von beiden GP-Partnern abgerechnet werden und der Partner bereits die 03000 abgerechnet hat und der Patient. an unterschiedlichen Tagen erscheint?	Ja.
03230	Kann ich die GOP 35100/ GOP35110 neben dem hausärztl. Gespräch abrechnen, wenn die psychosomatische Grundversorgung an verschiedenen Tagen wegen unterschiedlichen Diagnosen erfolgt?	Am selben Tag nein, an verschiedenen Tagen ja.

GOP	Frage	Antwort
03230	<p>Begrenzung:</p> <p>Punktzahlvolumen aus Anzahl Behandlungsfälle x 45 Punkte</p> <p>In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten für jeden Behandlungsfall, in dem ein Hausarzt an der Patientenbehandlung beteiligt ist. Bestimmte Behandlungsfälle bleiben bei Fallzählung unberücksichtigt – z. B. Notfälle im org. Bereitschaftsdienst, belegärztliche Fälle, Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.</p> <p>Punktzahlvolumen aus Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle: Was passiert wenn das Punktzahlvolumen ausgeschöpft ist?</p>	<p>Wenn das Punktzahlvolumen überschritten ist, gibt es eine abgestaffelte Vergütung, die jeweils individuell errechnet wird. D.h. alle abgerechneten GOP 03230 werden dann nicht mehr mit 90 Punkten, sondern entsprechend niedriger vergütet. Das heißt, dass bei Überschreitung des Punktzahlvolumens keine Leistung gestrichen wird.</p>
03360	<p>Muss das Basisassessment nach Ablauf von 4 Quartalen neu erbracht werden?</p>	<p>Lt . den vertraglichen Bestimmungen ist es erforderlich, dass nach Ablauf eines Jahres erneut ein hausärztl.-geriatrisches Basisassessment nach GOP 03360 für den Ansatz der GOP 03362 erforderlich ist, auch wenn es sich z.B. um einen Demenzkranken usw. handelt.</p>
03360	<p>Welche Testverfahren sind für die GOP 03360 zugelassen?</p>	<p>Beispiele siehe Leistungstext; keine abschließende Aufzählung.</p>

GOP	Frage	Antwort
03360, 03362	Ist für die GOP 03360 und GOP 03362 eine Fortbildung notwendig?	Nein.
03360, 03362	Ist im gleichen Quartal das geriatrische Basisassessment GOP 03360 und der geriatrische Betreuungskomplex GOP 03362 abrechenbar?	Ja.
03360, 03362	Voraussetzung für die Abrechnung ist das Vorliegen der Ergebnisse eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments nach GOP 03360, welches nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf. Werden hier übergangsweise auch Ergebnisse des hausärztl.-ger. Basisassessments nach der bisherigen GOP 03240 anerkannt?	Übergangsweise werden ab 01.10.2013 auch die Ergebnisse eines Basisassessments nach der bis 30.09.2013 gültigen GOP 03240 EBM für ein Jahr anerkannt. D.h. die Übergangsregelung endet mit Quartalsabschluss 3/2014!
03362	Wie oft im Jahr ist der Betreuungskomplex GOP 03362 abrechnungsfähig?	4x im Jahr, je Behandlungsfall 1x.
03370	Ich bin in einem SAP-Team tätig. Kann ich die Palliativ-Ziffern dann abrechnen, wenn Pat. nicht in der SAPV eingeschrieben sind oder generell bei keinem Patienten?	Lt. der Präambel 3.2.5, Nr. 4 können die Palliativziffern nicht berechnet werden, wenn der beh. Arzt äquivalente Leistungen bei dem Pat. im Rahmen der SAPV erbringt. D. h. ist der Pat. nicht in der SAPV eingeschrieben, können die Leistungen erbracht u. abgerechnet werden.

GOP	Frage	Antwort
03370 - 03373	Wenn ein Tumorpatient von einem SAP- Team mit betreut wird darf dann der Hausarzt die Palliativziffern 03370-03373 trotzdem abrechnen?	Nein, siehe Präambel 3.2.5, Nr. 3 EBM.
03370 - 03373	Benötigt das Abrechnen der Palliativversorgung (GOP 03370 - GOP 03373) die Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin"?	Nein - keine Fortbildung erforderlich; nicht genehmigungspflichtig.
03370 - 03373	Ist die GOP 03371/03372 neben der GOP 03370 abrechenbar?	Ja.
03370 - 03373	Ist die Verordnung von SAPV-Leistungen neben den Palliativ-Ziffern möglich?	Der EBM gibt hier keinen Ausschluss vor.

GOP	Frage	Antwort
03370 - 03373	Bitte erläutern Sie Palliativmedizin	<p>siehe Präambel Abschnitt 3.2.5: Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.</p>

GOP	Frage	Antwort
<p>03370 - 03373 04370 - 04373</p>	<p>Die Palliativziffern 03370 - 03373 sind für Hausärzte nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient in der SAPV ist. Kann ein Hausarzt die GOPen 03371-03373 abrechnen, wenn der Patient in der Teilversorgung der SAPV ist?</p>	<p>Nach der Präambel 3.2.5 Nr. 3 sind die GOPen 03371 bis 03373 bei einer Vollversorgung nach SAPV nicht berechnungsfähig. Alle anderen EBM-ziffern für erbrachte Leistungen können jedoch weiterhin berechnet werden, sofern inhaltsgleiche Leistungen nicht parallel zur gleichen Einsatzzeit durch das SAPV-Team und deren Kooperationspartner erbracht werden.</p> <p>Für Palliativpatienten in der SAPV-Versorgung für die der Hausarzt (FA für Kinder- und Jugendmedizin) gleichzeitig auch als SAPV-Arzt äquivalente Leistungen erbringt, dürfen die Palliativziffern nach den GOPen 03370 bis 03373 nicht angesetzt werden.</p> <p>Bei einer Teilversorgung nach SAPV sind die Leistungen nach EBM (03370 bis 03373) insoweit berechnungsfähig, sofern diese nicht bereits über die Pauschalen der SAPV abgedeckt sind (Präambel 3.2.5 Nr. 4).</p>

GOP	Frage	Antwort
03371 - 03373 HzV	Ist die Berechnung der Palliativziffern 03371 - 03373 bei HzV-Patienten über die KVB möglich?	<p>Wenn die für Palliativziffern 03370 - 03373 erbrachten Grundleistungen im Rahmen des HzV-Vertrages erbracht und abgerechnet werden, sind diese mit dem Buchstaben "H" (GOP 03371H, 03372H oder 03373H) in die KV-Abrechnung einzutragen.</p> <p>Die GOPen 03371H, 03372H oder 03373H müssen vom Arzt selbst in der Abrechnung eingetragen werden, die Kennzeichnung ist freiwillig.</p> <p>Die Buchstabenkennzeichnung "H" ist nur für folgenden Krankenkassen gültig: EK, TKK, LKK und IKK classic.</p> <p>Für die mit "H" gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen des EBM wie ohne Kennzeichnung (Anzahlbestimmungen, Abrechnungsausschlüsse etc.).</p> <p>Die GOPen 03371H, 03372H oder 03373H können ab dem 01.10.2013 abgerechnet werden.</p>
03373	Ist die GOP 03373 ebenso mehrfach am Tag bei Besuchen abrechenbar wie die GOP 03372?	Die GOP 03373 ist je Besuch abrechenbar; ggf. ist eine Tagtrennung zu setzen.
04000	Welche Schwerpunkte und v.a. welche Zusatzweiterbildungen ermöglichen im kinderärztlichen Bereich den Aufschlag von jetzt 60 %?	Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind abweichend von 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag in Höhe von 60 % der jeweiligen Punktzahl berechnungsfähig.

GOP	Frage	Antwort
04000	Welche Versichertenpauschale kann ein fachärztlicher Kinderarzt bei Erhalt einer Überweisung von einem Hausarzt oder hausärztlichen Kinderarzt abrechnen?	Der fachärztliche Kinderarzt kann bei Überweisung durch einen Hausarzt oder einen fachärztlichen Kinderarzt die Versichertenpauschale nach GOP 04000 abrechnen.
04000	<p>Gibt es die "F"-Kennzeichnung weiterhin, wenn ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig wird?</p> <p>Beziehungsweise die "J"-Kennzeichnung in einer BAG, einem MVZ o. einer Arztpraxis mit angestelltem Arzt, in denen alle Ärzte Kinder- u. Jugendärzte sind, bei fachärztlicher Tätigkeit?</p>	<p>Ja, siehe Artikel unter: http://www.kvb.de/abrechnung/bego-ebm/ebm-reform/ "Information über die Änderung des EBM zum 1. Oktober 2013" auf Seite 14.</p> <p>Ab Quartal 4-2013 haben sich nur die Gebührenordnungspositionen geändert. An den Buchstaben-Kennzeichnungen der Versichertenpauschalen ändert sich dagegen nichts. Diese sind wie bisher auch zu handhaben.</p>
04040, 04220, 04221	<p>Gelten die Einschränkungen zur GOP 04040 für Leistungen der SP-Pädiatrie?</p> <p>Die fachärztlich-kinderärztlichen Leistungen sind ja nicht in der Transcodierungsliste der K.O.-Leistungen enthalten. Wird aber die Vorhaltepauschale auch bei VP mit "F"-Kennzeichnung zugefügt, oder nur bei der normalen VP? Wie ist es mit der Chronikerziffer?</p>	<p>Wir werden die Regelungen zur GOP 04040 entsprechend den vorliegenden Beschlüssen umsetzen.</p> <p>Da die fachärztlichen Leistungen der Kinderärzte in die Transcodierungsliste der K.O.-Leistungen nicht mit aufgenommen worden sind, werden wir die Vorhaltepauschale auch zu den VP mit "F"-Kennzeichnung zusetzen. Chronikerkomplex ist dann ebenfalls zu den VP mit "F"-Kennzeichnung berechnungsfähig.</p>
04220, 04221	Die bisherige Chronikerpauschale 04212 und die Leistungen nach Kap. 4.4./4.5 EBM waren im Behandlungsfall nebeneinander ausgeschlossen. Gilt dies für die neuen Chronikerpauschalen nicht mehr?	Zwischen den Chronikerpauschalen 04220/04221 und den Leistungen der Kap. 4.4 und 4.5 EBM besteht im Behandlungsfall (Quartal) ein Abrechnungsausschluss.
04230	Kann die GOP 04230 "Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung" im Zusammenhang mit GOP 04430 bzw. 04355 daneben abgerechnet werden?	Der EBM sieht keinen Abrechnungsausschluss vor. Die Allgemeinen Bestimmungen 2.1.3 sind aber zu beachten (Wirtschaftlichkeitsgebot).

GOP	Frage	Antwort
04230	04230 im ärztlichen Bereitschaftsdienst möglich?	Nein - GOP 04230 ist nicht im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst berechnungsfähig.
04355	Welche Diagnosen gemäß ICD-10 sind bei der Soz.Pädiat. Versorgungsziffer notwendig?	Siehe Leistungsinhalt der GOP 04355: G25, G 31, G40, G43, G44.2, G80, F45.0, F45.1, F45.2, F45.3, F45.4, F45.8, F60-F69, F80-F89, F90-F98, R27.8.
97005	Gibt es noch die GOP 97005 zur Förderung der Besuche bei Palliativpatienten?	Nein - die GOP 97005 ist seit 01.10.2013 mit Einführung der Zuschläge zu Hausbesuchen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung entfallen.
Allgemeines/Sonstiges	Zählt auch eine Gemeinschaftspraxis von Allgemeinarzt und hausärztlichem Internisten als fachgleich?	Ja, als hausärztliche Gemeinschaftspraxis.
Arzt-Patienten-Kontakt	Mit welcher Ziffer wird der 2. Arzt-Patienten-Kontakt dokumentiert?	Ziffer 99215 (Ansatz ist freiwillig).
Aufschlag auf VP für BAG	<p>Ab 01.10. gibt es für fachgleiche hausärztliche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften und HA-Praxen mit angestellten HÄ einen Aufschlag auf die Versichertenpauschale von 22,5% statt 10%.</p> <p>Gibt es den Aufschlag künftig auch für fachübergreifende BAGs mit mindestens zwei Hausärzten?</p>	Der Aufschlag von 22,5% ist wie bisher der 10% Aufschlag zu handhaben, dass heißt nur bei fachgleichen Praxen.
Definition "nicht neben abrechenbar"	"Nicht neben" abrechenbar - heißt das im gesamten Quartal nicht oder nur am selben Tag nicht?	Nur "nicht neben" bezieht sich auf den Arzt-Patienten-Kontakt; ansonsten z.B. "im Behandlungsfall nicht neben...".

GOP	Frage	Antwort
<p>Geriatric- und Palliativziffern</p>	<p>Besteht ein Abrechnungsausschluss zwischen den neuen Palliativ- und Geriatricziffern und den GOPs des geriatricen Praxisverbund?</p>	<p>Die neuen EBM-Ziffern und die Zusatzvergütung der Teilnehmer der Geriatricen Praxisverbünde stehen sich nicht entgegen. Beide können parallel abgerechnet werden. Für den Geriatricen Praxisverbund können folgende Ziffern abgerechnet werden: http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/bestehend-e-zusatzvereinbarungen/pflegeheimversorgung/verguetung/</p> <p>Der bayernweite Zuschlag für die Palliativbesuche ist bis 30.09.2013 befristet und wird von den neuen EBM-Regelungen zum 01.10.2013 abgelöst.</p>