

# Übersicht neue Gebührenordnungspositionen für Hausärzte (Kapitel 3 EBM) – Stand 07.04.2015

GOP neu	Kurzbeschreibung	Punkte	Euro 2015	Anmerkungen	Ansatz durch Praxis
03000	<b>Versichertenpauschale</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Einmal im Behandlungsfall</li> </ul>	Ja => Die <b>altersgestaffelte Bewertung</b> wird durch Ihr Praxissoftwaresystem bzw. <b>durch die KVB automatisch</b> umgesetzt
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236	24,24		
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150	15,41		
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122	12,53		
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157	16,13		
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210	21,57		
03030	<b>Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme</b>	77	7,91	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximal zweimal im Behandlungsfall</li> <li>Belegärztlich nicht berechnungsfähig</li> </ul>	Ja
03040	<b>Zusatzpauschale</b> zu den GOPen 03000 und 03030 für die <b>Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags</b> gemäß § 73 Abs. 1 SGB V ( <b>Vorhaltpauschale</b> )	144	14,79	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einmal im Behandlungsfall</li> <li>Nur in Fällen ausschließlich hausärztlicher Versorgung</li> <li>Aufschlags- bzw. Abschlagsregelung von 10% abhängig von Behandlungsfallzahl je Arzt entsprechend den Bestimmungen zur GOP</li> <li>Bei einmaliger Abrechnung der GOP 03040 neben der GOP 03030 im Behandlungsfall = <b>Abschlag 50 % auf GOP 03040</b></li> </ul>	<b>Nein</b> => <b>Wird von der KVB automatisch zugesetzt!</b>
03060	<b>Zuschlag</b> zu der GOP 03040 für die <b>Anstellung einer qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistentin gemäß Anlage 8 BMV-Ä</b>	22	2,26	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genehmigung gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä und Mindestzahl an Behandlungsfällen erforderlich</li> <li>einmal je Behandlungsfall</li> <li>bis zu einem Höchstwert von 12.851 Punkten je Praxis im Quartal =&gt; Verringerung des Höchstwertes um jeweils 22 Punkte je Behandlungsfall aus HzV-Verträgen nach § 73b SGB V und/oder Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung</li> </ul>	<b>Nein</b> => <b>Wird von der KVB automatisch zugesetzt!</b>
03062	<b>Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten</b> – entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V <b>ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen</b> nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden	166	17,05	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genehmigung gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä und Mindestzahl an Behandlungsfällen erforderlich</li> <li>einmal je Sitzung (APK)</li> </ul>	Ja
03063	<b>Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten</b> – entfernungsunabhängig – für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V <b>ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen</b> nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden <b>für einen weiteren Patienten</b> in derselben häuslichen Gemeinschaft, für einen Patienten in Alten- oder Pflegeheimen und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der GOP 31600	122	12,53	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genehmigung gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä und Mindestzahl an Behandlungsfällen erforderlich</li> <li>einmal je Sitzung (APK)</li> </ul>	Ja
03220	<b>Zuschlag</b> zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000 zur <b>Behandlung und Betreuung eines Patienten</b> mit mind. einer lebensverändernden <b>chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - 1 Kontakt)</b>	130	13,35	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einmal im Behandlungsfall</li> <li><b>Gesicherte Diagnose</b> der chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM notwendig</li> <li>Kennzeichnung mit Buchstaben H (<b>03220H</b>) in der Abrechnung, wenn Patient seinen Hausarzt gewechselt hat und die notwendigen APK bei einem anderen Hausarzt stattgefunden haben</li> </ul>	Ja
03221	<b>Zuschlag</b> zu GOP 03220 für die <b>intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten</b> mit mind. einer lebensverändernden <b>chronischen Erkrankung (Chronikerzuschlag - 2 Kontakte)</b>	40	4,11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einmal im Behandlungsfall</li> <li>Kennzeichnung mit Buchstaben H (<b>03221H</b>) in der Abrechnung, wenn Patient seinen Hausarzt gewechselt hat und die notwendigen APK bei einem anderen Hausarzt stattgefunden haben</li> </ul>	Ja
03230	Problemorientiertes <b>ärztliches Gespräch</b> im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	90	9,24	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je vollendete 10 Minuten</li> <li><b>Begrenztes Punktzahlvolumen pro Quartal</b> (Anzahl der Behandlungsfälle x 45 Punkte)</li> <li>Neben diagnostischen bzw. therapeutischen GOPen = <b>APK-Zeit mind. 10 Minuten länger</b></li> <li>Im Notfall und organisierten Bereitschaftsdienst nicht berechnungsfähig</li> </ul>	Ja
03360	<b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>	122	12,53	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Gesicherte ICD-Diagnose</b> notwendig</li> <li>Einmal im Behandlungsfall, maximal zweimal im Krankheitsfall</li> <li>Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr und geriatritypische Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe <b>oder</b> bei geriatrischem Versorgungsbedarf ohne Alterseinschränkung (Demenz F00-F02, Alzheimer G30, Parkinson G20.1 und G20.2)</li> </ul>	Ja
03362	<b>Hausärztlich-geriatrischer Betreuungs-komplex</b>	159	16,33	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesicherte ICD-Diagnose notwendig</li> <li>Einmal im Behandlungsfall</li> <li>Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr und Geriatritypische Morbidität und/oder Vorliegen einer Pflegestufe <b>oder</b> bei Patienten mit bestimmten Erkrankungen (Demenz F00-F02, Alzheimer G30, Parkinson G20.1 und G20.2) ohne Alterseinschränkung</li> <li>Für die Berechnung neben der Versichertenpauschale sind mindestens zwei persönliche APK im Behandlungsfall erforderlich</li> <li>Voraussetzung ist ein hausärztlich-geriatrisches Basisassessment, welches nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf (auch von einem anderen Arzt)</li> </ul>	Ja
03370	<b>Palliativmedizinische Ersterhebung</b> des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	341	35,03	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einmal im Krankheitsfall</li> </ul>	Ja

03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die <b>palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis</b>	159	16,33	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal im Behandlungsfall</li> </ul>	Ja
03372	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die <b>palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</b>	124	12,74	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je vollendete 15 Minuten</li> <li>• Höchstwert: 620 Punkte am Behandlungstag</li> </ul>	Ja
03373	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 oder 01415 für die <b>palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</b>	124	12,74	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je Besuch</li> </ul>	Ja