

EBM – DIE KASSENABRECHNUNG

Allgemeines, Aktuelles und Spezielles für die Praxis



// VORAB - ICH BENUTZE DIE BEGRIFFE...



// WIR GEHEN SOZUSAGEN...



BIOSCIENTIA
MEDICIN. LABOR. SERVICE.

// DORT ERFAHREN SIE ETWAS ÜBER

- EBM – Prinzip, Kapitel und Budgets
- Grundsätzliches: Behandlungsfall, Arztfall, Leistungslegenden...
- Allgemeine Leistungen: Prävention, Hausbesuche, Wundversorgung, DiGa´s, NFDM, Unzeiten...
- Abrechnung: HAUSARZT, Kinderarzt, V- und C-Pauschalen, Gespräche, Geriatrie, NäPa
- Spezielle Leistungen: präoperativ, Pflegeheime...

BIOSCIENTIA
MEDICIN. LABOR. SERVICE.



// NICHT MIT DEM ZIEL

Aktualisierter EBM in gedruckter Form ab sofort erhältlich

27.10.2022 - Eine aktuelle Printversion des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist ab sofort online und im Buchhandel erhältlich. Anlass für die Neuauflage sind zahlreiche neue Leistungen und Anpassungen. **Die Druckfassung bildet auf knapp 2.000 Seiten und in zwei Bänden den EBM mit Stand zum 1. Juli 2022 ab.**

5

// WAS MÖCHTE ICH (MIT IHNEN) ERREICHEN

- erinnern – mache ich das übliche (noch) richtig
- gibt es alte – neue Möglichkeiten
- welche neuen interessanten Möglichkeiten gibt es
- das Sie für sich wichtige Dinge mitnehmen
- im EBM auch als Chance sehen

6



Fragen Sie !!

//





Vortrag kommt digital

// AKTUELLE INFO AUF BIOSCIENTIA.DE

BIOSCIENTIA
MEDICAL LABOR SERVICE

Unternehmensbereiche **Service** Über uns Standorte Karriere

Fortbildungen	IT-Services	Rechner- Medizinische Formale	Medizinprodukt-sicherheit	Preise, Laborbedarf - Materialbeschaffung
Probentransport	Qualitätsmanagement	Datenschutz in der Praxis	Publikationen	Honoraria - Abrechnung

Service ▾ Honoraria - Abrechnung ▾

Honoraria

Ist der Name für einen Service, der Ihnen Informationen rund um das Thema Abrechnung - kurz und kompakt - bietet. Honoraria spannt dabei den Bogen von aktuell über grundsätzlich zu praktisch. Dazu gehört auch - ausführlich das Thema Wirtschaftlichkeitbonus. Unser fragen_eingabe@bioscientia.de beantworten wir auch gerne Ihre Fragen rund um das Thema Abrechnung.

Mit Honoraria wollen wir Sie in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Daum freuen wir uns auf Ihre Meinungen und Kommentare, damit wir Sie mit Honoraria mit den Informationen unterstützen können, die Sie tatsächlich benötigen. Nutzen Sie die Chance, dass wir Honoraria so machen, wie Sie sie brauchen.

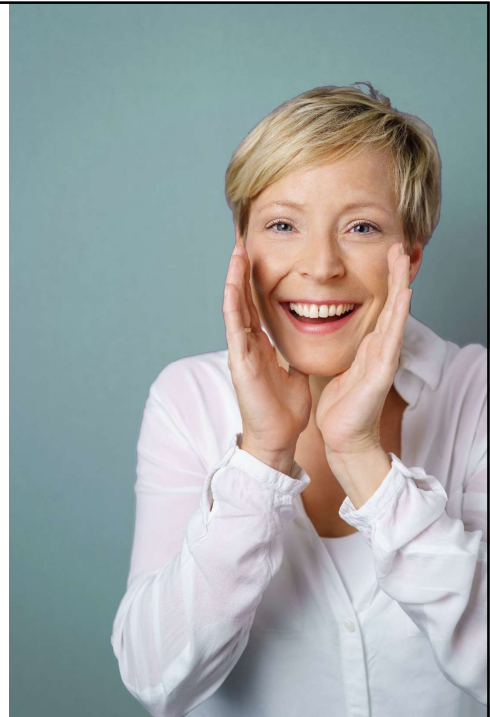
<p>Aktuelles</p> <p>Neues aus EBM und GKV, Neuregelungen oder aktuell diskutierte Abrechnungsfagen</p>	<p>Grundsätzliches</p> <p>Wir erklären Regelungen/Begrifflichkeiten, die für den (optimalen) Umgang mit EBM und GKV wichtig sind.</p>	<p>Aus der Praxis</p> <p>Wir besprechen Ihre Fragen, die uns häufig gestellt wurden.</p>	<p>WISO</p> <p>Wirtschaftlichkeitbonus Mit Ausnahme/Kontrollen den Fallwert reduzieren und Patienten gut versorgen.</p>
---	--	---	--

<https://www.bioscientia.de/service/>

// CORONA-SONDERREGELN

Es war einmal...

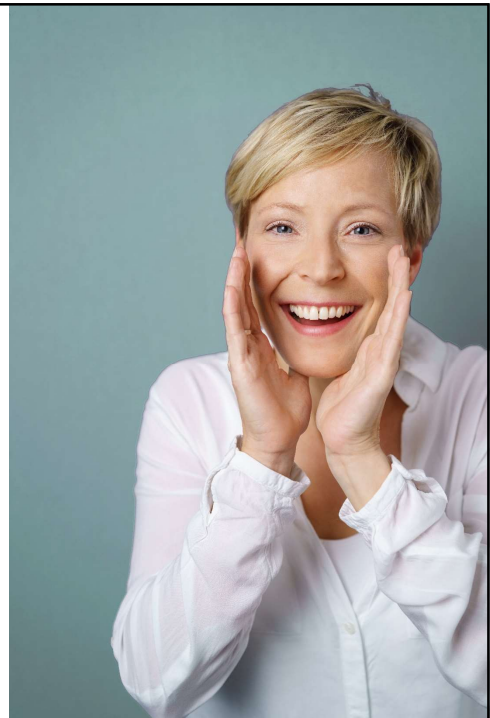
- EBM-Ziffern 01433 / 01434 für Telefonkonsultationen
- EBM-Ziffern 02402 / 02403 für „Corona-Abstriche“
- Zuschläge auf Chronikerpauschalen (03221/04221) benötigen wieder zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (bisher einer).
- „Hygienezuschlag“ in der GOÄ-Abrechnung
- Videosprechstunde wieder begrenzt, auf bis zu 30 % der Behandlungsfälle



// CORONA-SONDERREGELN

...und kam zurück

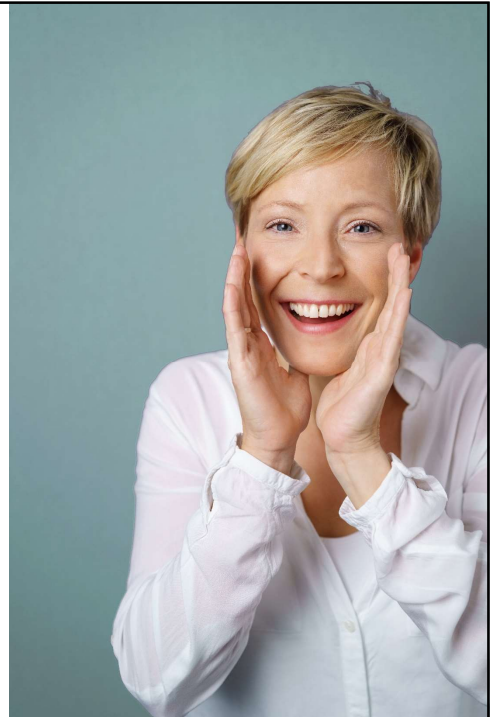
- Telefonische AU – seit 04.08. bis 30.11. - mit den bekannten Regeln
 - leichte Atemwegserkrankungen
 - Arzt muss mit dem Patienten gesprochen haben
 - max. 14 Tage (7 + 7)
 - 88122 für Porto für AU (Kind krank, Muster 21)
 - bei reinem telefonischen Kontakt 01435



// CORONA-SONDERREGELN

...und kommt vielleicht wieder

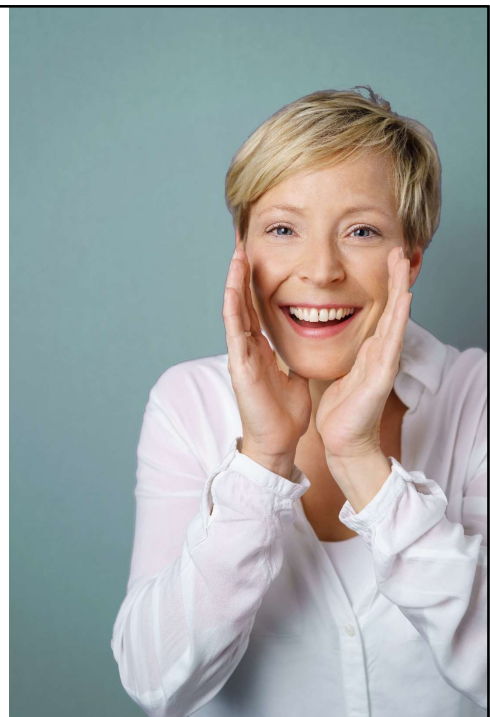
- Ziffer 88240 – Kennzeichnung COVID-Leistungen – ab 01.07. nicht mehr notwendig



// CORONA-IMPFUNGEN

...neue Ziffern für Auffrischungsimpfungen
Seit 01.10.

	Indikation	Erstimpfung	Abschlussimpfung	Auffrischungsimpfung
BioNTech/Pfizer	Allgemein	88337A	88337B	88337R
	Beruf	88337V	88337W	88337X
	Pflegeheimbewohner	88337G	88337H	88337K
Moderna	Allgemein	88338A	88338B	88338R
	Beruf	88338V	88338W	88338X
	Pflegeheimbewohner	88338G	88338H	88338K

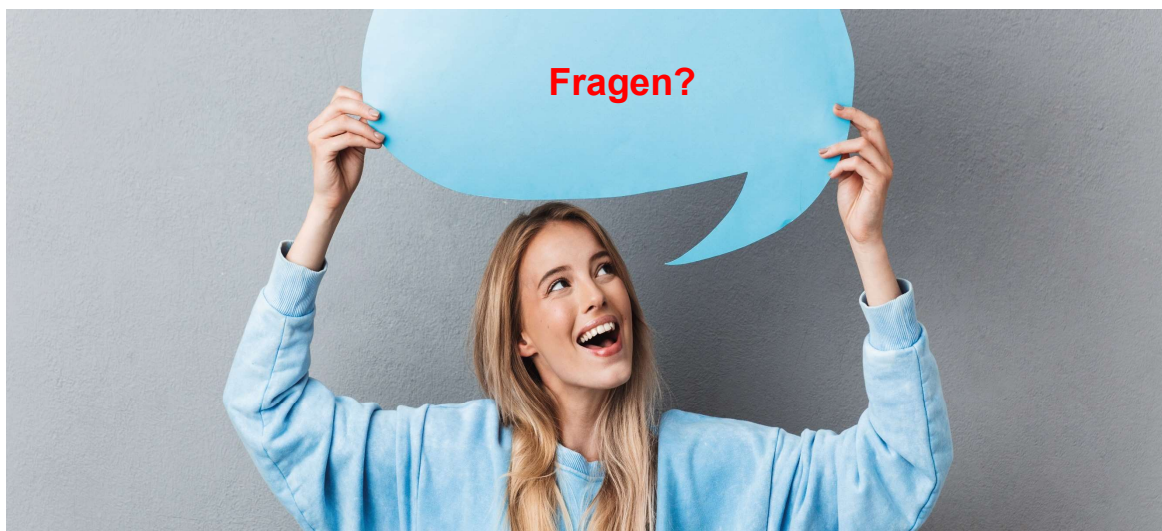
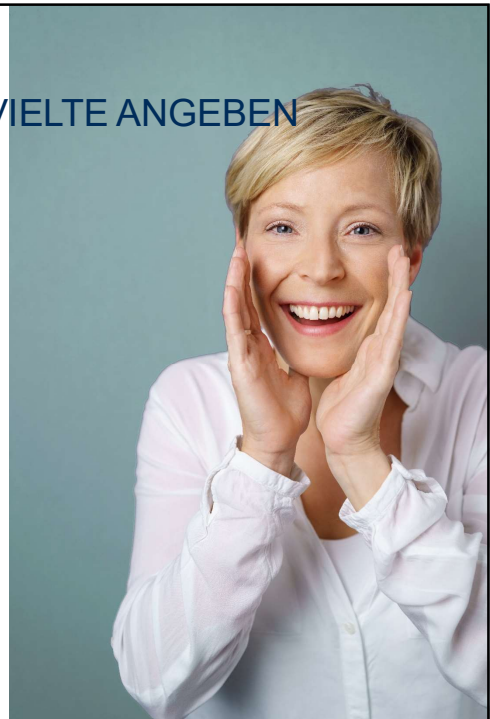


// CORONA-IMPFUNGEN – NEU DIE WIEVIELTE ANGEBEN

- im Impfportal wird „nur“ gezählt. Ist es die 1. oder xte Impfung

bei die Abrechnung gilt

- für die Grundimmunisierung (1. und 2. Impfung) muss keine Zahl angegeben werden, ergibt sich aus der Pseudoziffer
- ab der 1. Auffrischung (= 3. Impfung) wird gezählt, also 3., 4., 5. oder 6. Impfung
- genesen zählt nicht



//



Wir reden über Formales

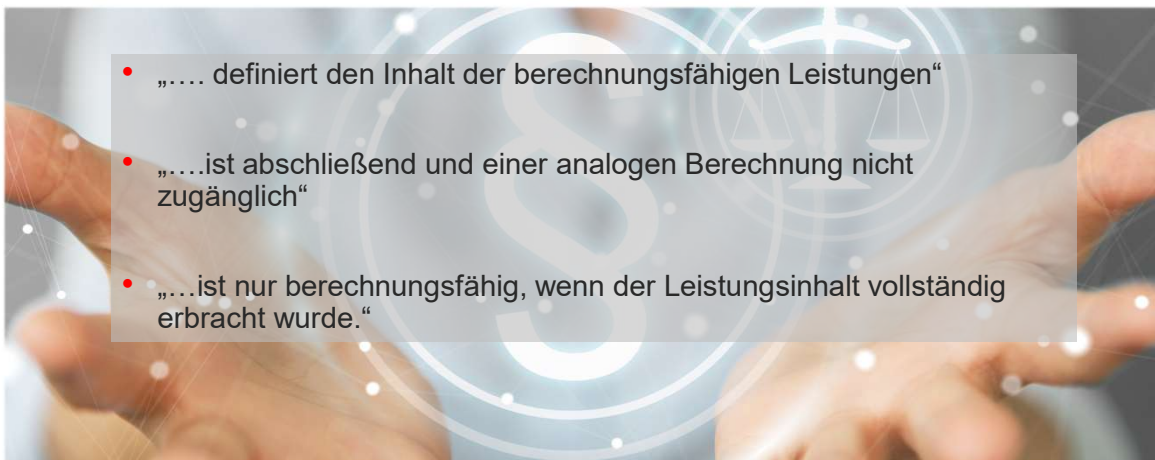
//



Formales bedeutet aber
auch: ist möglich



// DAS GEHEIMNIS EBM

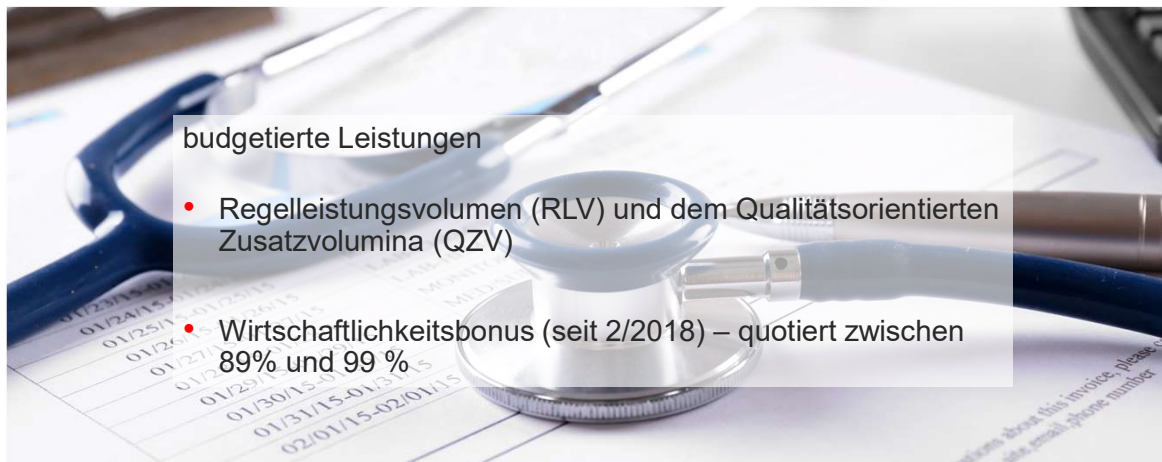


// EBM | ZWEI HONORARTÖPFE

- morbititätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) oder das budgetierte Honorar
- extrabudgetäre Gesamtvergütung oder das unbudgetierte Honorar



// EBM | DIE BUDGETIERTEN LEISTUNG



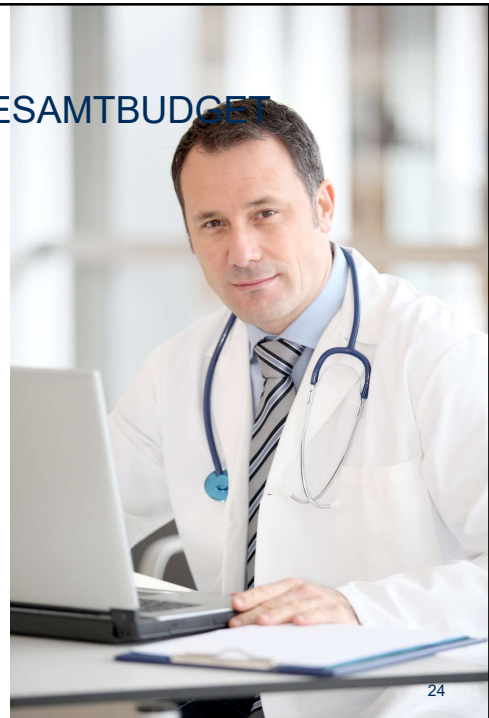
// EBM | EXTRABUDGETÄRE UND „FREIE“ LEISTUNGEN

Nicht budgetierte Leistungen

- Extrabudgetäre Leistungen: werden immer voll bezahlt: Prävention, MRSA, spezielle Geriatrie, TSVG, neue Leistungen etc.
- „freie Leistungen“ (Vorwegleistungen) – werden auch „voll“ vergütet, aber aus dem MGV bezahlt
- Kostenpauschalen
- Leistungen im Notfalldienst

// EBM | RLV UND QZV ERGEBEN DAS GESAMTBUDGET

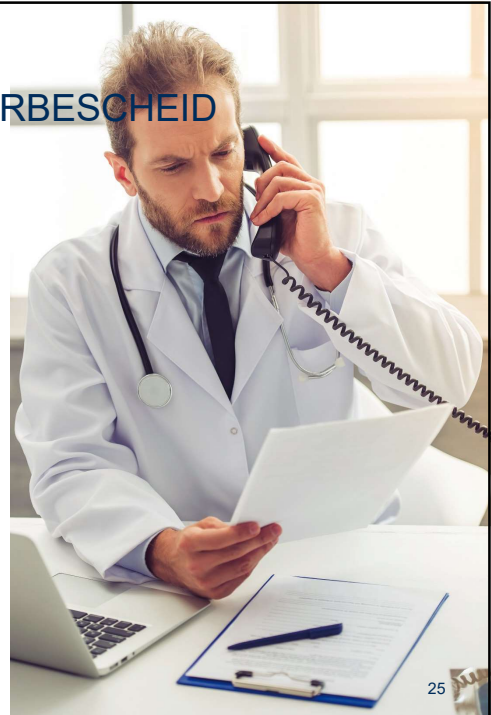
- sie werden (fair) miteinander verrechnet
- ist z. B. das RLV um € 3.000 überschritten und das QZV um € 2.000 unterschritten, werden die Summen gegeneinander verrechnet
- und damit das Budget nur um € 1.000 überschritten wird
- und nicht € 5.000 (€ 3.000 und € 2.000)



// EBM | DIE PRAXIS FINDET IM HONORARBESCHEID

- Über- und Unterschreitungen des Budgets getrennt nach RLV und QZV
- ihr Optimierungspotential

Herausforderung: das Verstehen der Abrechnung

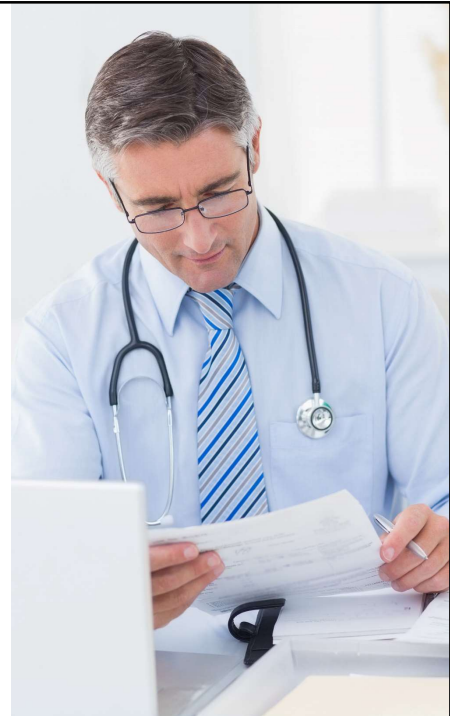


...aber das ist ein Puzzleteil für
„Fortgeschrittene“



// EBM | DIE FÜNF KAPITEL

- I. Allgemeine Bestimmungen
- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
- IV. Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- V. Kostenpauschalen





EBM | ...UND NOCH ZWEI WEITERE

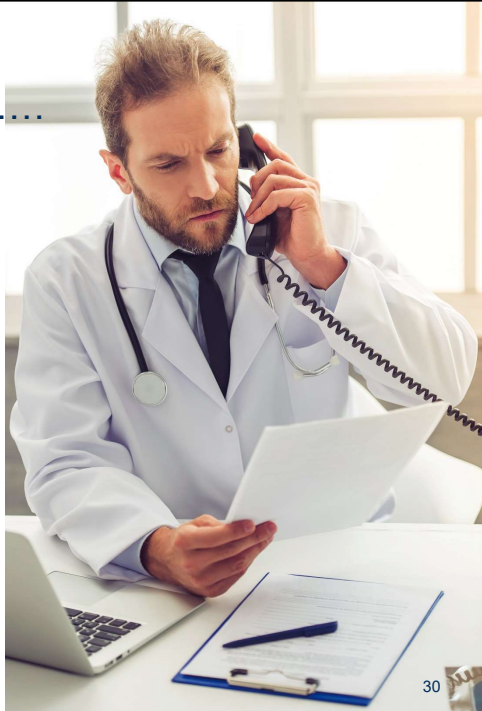
Anhänge

Ausschließlich im Rahmen der ambulanten
spezialärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige
Gebührenordnungspositionen

// EBM | DIE PRÄAMBELN DER KAPITEL.....

Sagt Ihnen das Wesentliche

- wer darf die Leistungen erbringen
- sind Zusatzqualifikationen, wenn ja welche
- Bedingungen wie bestimmte Leistungen erbracht werden dürfen
- Definitionen
- generelle Ausschlüsse
- ...

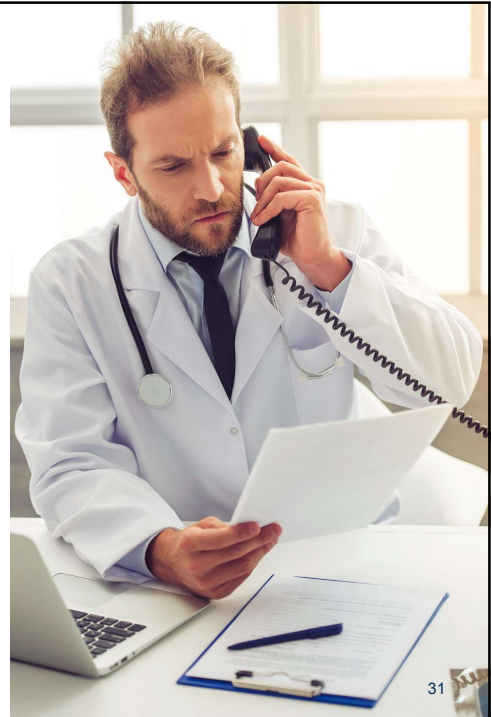


BIOSCIENTIA
MEDICUM LABOR SERVICE

30

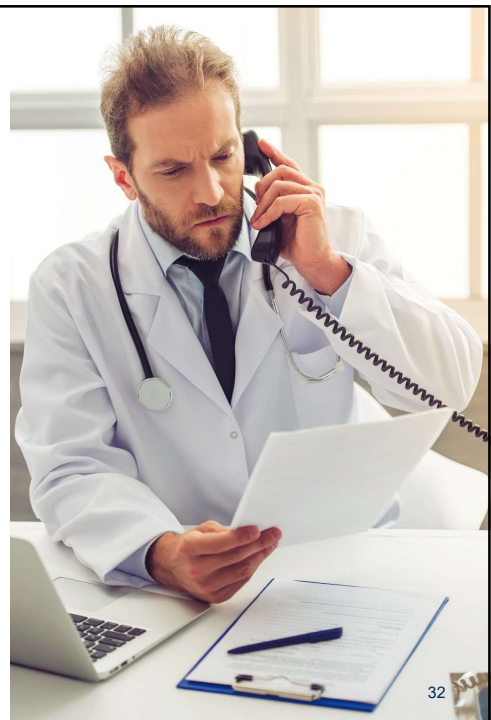
// EBM | DAS LIEST SICH SO.....

- Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können [...] - ausschließlich von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere Medizin,
 -
- Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten [...] - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig:...
- Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01418 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus



// EBM | DAS LIEST SICH SO.....

- Die gemäß diesen Richtlinien vorgeschriebenen (Bild-) Dokumentationen, notwendigen Bescheinigungen und Ultraschalluntersuchungen sind - soweit sie nicht gesondert in diesem Abschnitt aufgeführt sind - Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
- In einem ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfall sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht berechnungsfähig.

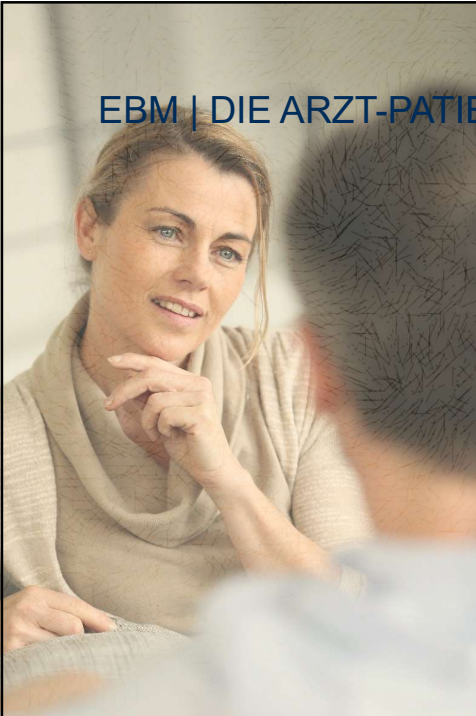




Grundbegriffe

(aus dem Kapitel „Allgemeinen Bestimmungen“)

EBM | DIE ARZT-PATIENTEN-KONTAKTE – ORIGINAL



...Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.[...]

// EBM | DIE ARZT-PATIENTEN-KONTAKTE - ÜBERSETZT

Beispiele

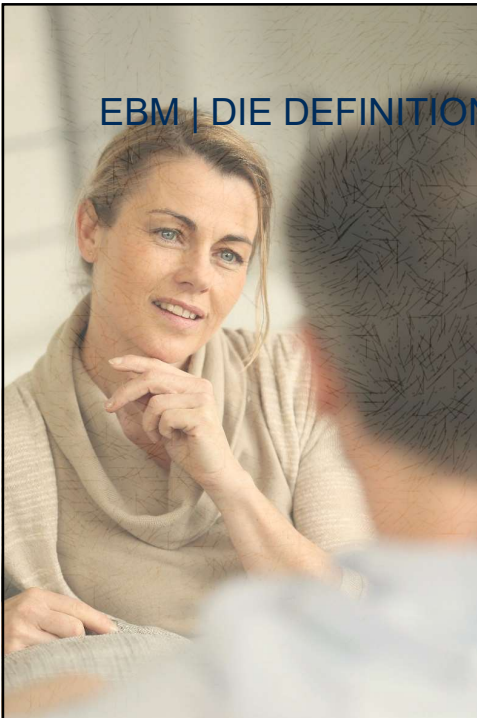
- sprechen „face to face“ miteinander = der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt
- telefonieren miteinander = Arzt-Patienten-Kontakt
- Arzt spricht über Dritte (Mitarbeiterin, Angehörige) mit dem Patienten = mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt



EBM | DIE DEFINITION IST WICHTIG WEIL

...weil einige GOPs nur bei bestimmten Kontaktarten möglich sind

- Versichertenpauschale = persönlicher Kontakt
- bei nur mittelbaren/telefonischen Kontakten nur die 01435 (haus-/fachärztliche Bereitschaftspauschale)



// EBM | DIE FÄLLE



- Behandlungsfall
- Arztfall
- Krankheitsfall
- Arztgruppenfall
- Betriebsstättenfall

EBM | FALLDEFINITIONEN SIND WICHTIG ZU WISSEN...

..was kann ich wie oft abrechnen

- einmal pro Behandlungsfall = nur einmal im Quartal
- einmal pro Arztfall = evtl. mehrfach
- höchstens zweimal pro Krankheitsfall = Quartal ist nicht der Zeitraum
- einmal pro Arztgruppen = weder Arzt noch Patient zählen
- einmal pro Betriebsstättenfall – der Ort entscheidet

// EBM | DER BEHANDLUNGSFALL IST...

...der Patient, den die **Praxis** im Quartal behandelt werden.

Es gilt: **ein Patienten = ein Behandlungsfall**, unabhängig davon,

- mit wie vielen Erkrankungen oder
- wie oft der Patient in die Praxis kommt oder
- von wie vielen Ärzten er behandelt wird
- an wie vielen Betriebsstätten er behandelt wurde



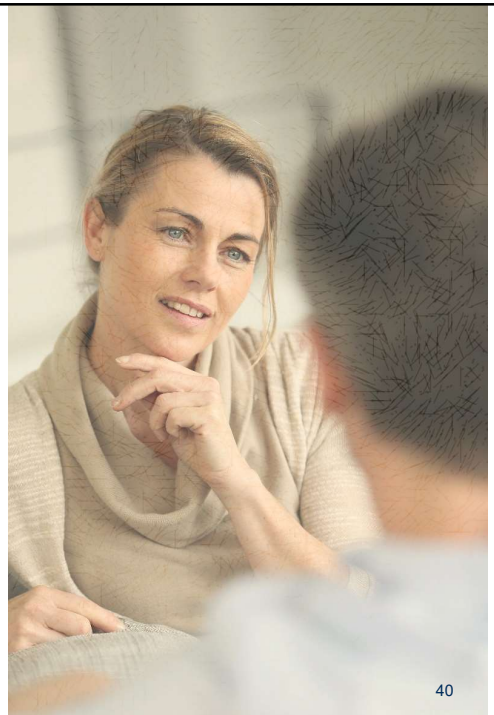
// EBM | DER ARZTFALL SIND...

...Patienten, die **ein Arzt** im Quartal behandelt werden, dabei gilt auch hier:

für den **Arztfall** ist es unerheblich,

- mit wie vielen Erkrankungen oder
- wie oft der Patient in die Praxis kommt
- an wie vielen Betriebsstätten er behandelt wurde

es ist ein Arztfall





EBM | UNTERSCHIED IST FORMAL UNWICHTIG

in der Einzelpraxis - Arzt- und Behandlungsfall sind identisch

41

// EBM | EINS = EINS GILT NICHT

- ...in einer BAG oder einem MVZ, wenn
- mehrere Ärzte den Patienten behandeln, dann
- ist das ein Behandlungsfall **aber mehrere Arztfälle**



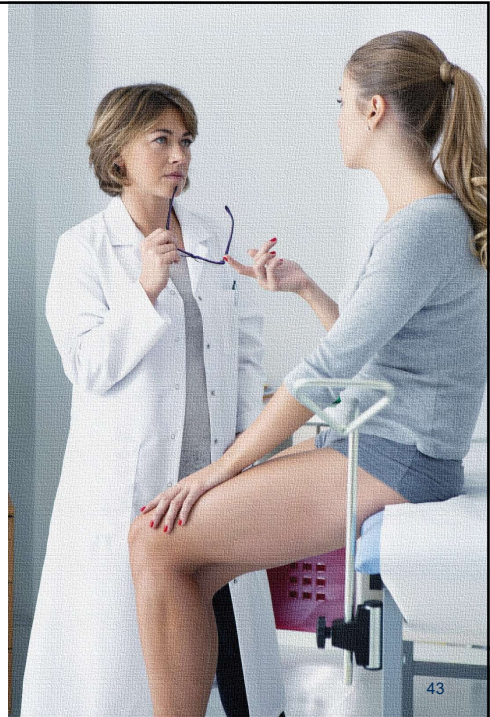
BIOSCIENTIA
MULTIPLY. LABOR. SERVICE.

42

// EBM | DER KRANKHEITSFALL

...umfasst das aktuelle Quartal in dem die Ziffer abgerechnet wurde und die drei nachfolgenden Quartale

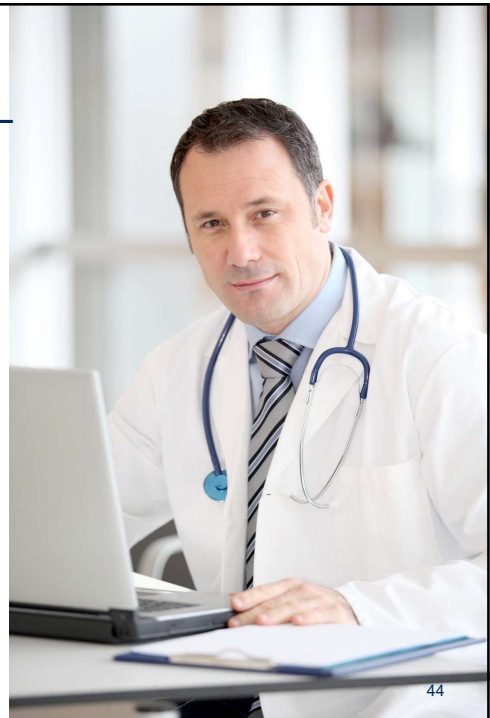
- z. B. Abrechnung in Q2 – dann keine in Q3, Q4 und Q1



// EBM | DER (NEUE) ARZTGRUPPENFALL

Die Behandlung eines Patienten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis. Arztgruppen sind

- die in der Präambel unter den arztgruppenspezifisch GOP gelisteten Fachgruppen
- Untergruppen im Kapitel 13 sind auch Arztgruppe



// EBM | DIE NEUE BESCHRÄNKUNG LAUTET

- einmal pro Arztgruppenfall..
- Bezugsgröße bei den TSVG – Konstellationen
z. B. neuer Patient, freie Sprechstunde
 - bedeutet: nur bei dem Arzt, der den TSVG-Fall behandelt ist der Fall extrabudgetär
 - bedeutet auch: haben drei unterschiedliche Fachgruppen TSVG-Fälle, sind die bei allen extrabudgetär

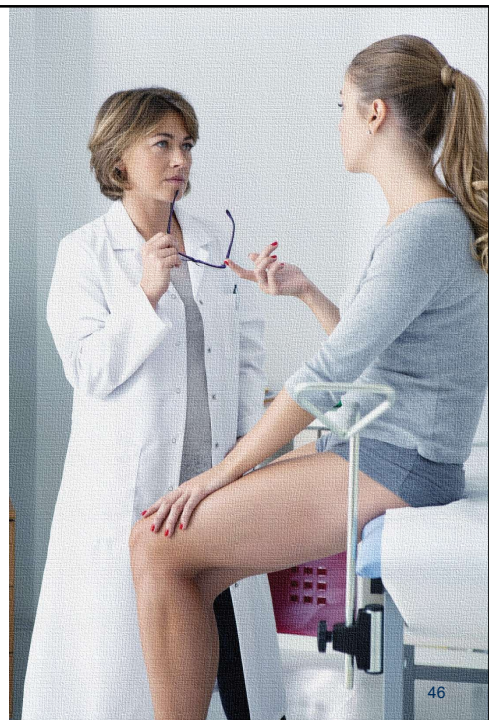


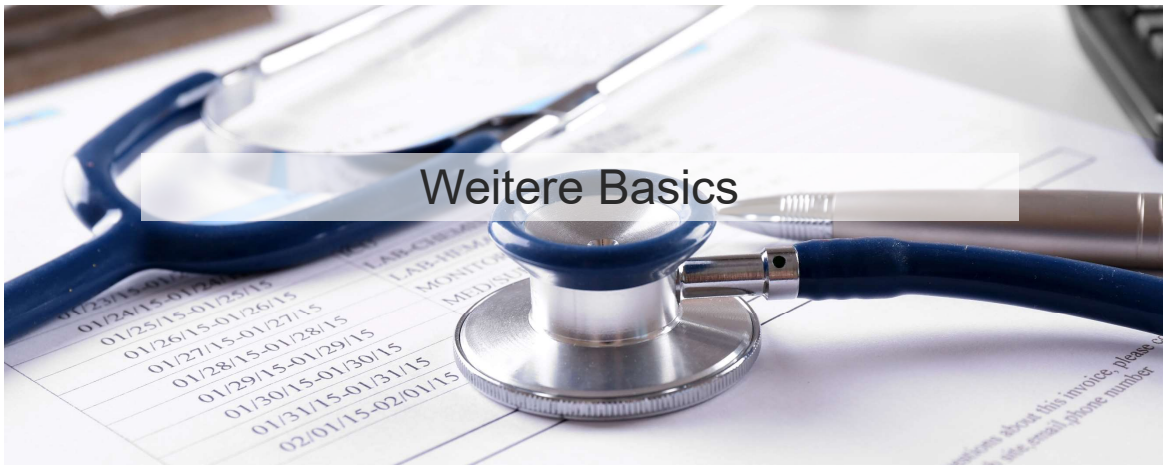
// EBM | DER BETRIEBSSTÄTTENFALL

.....ist die Behandlung des Patienten an derselben Betriebsstätte, unabhängig davon

- von wie vielen Ärzten und
- mit wie vielen Erkrankungen

Behandeln sie den Patienten in einer weiteren Betriebsstätte = zweiter Betriebsstättenfall aber weiterhin ein Behandlungsfall und ein Arztfall





// EBM | DIE ZEITEN IM BLICK BEHALTEN



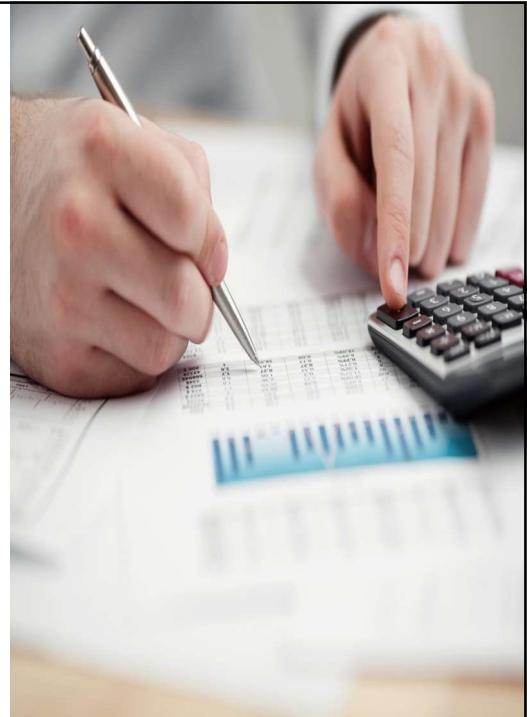
// EBM | ES IST (IMMER) SINNVOLL



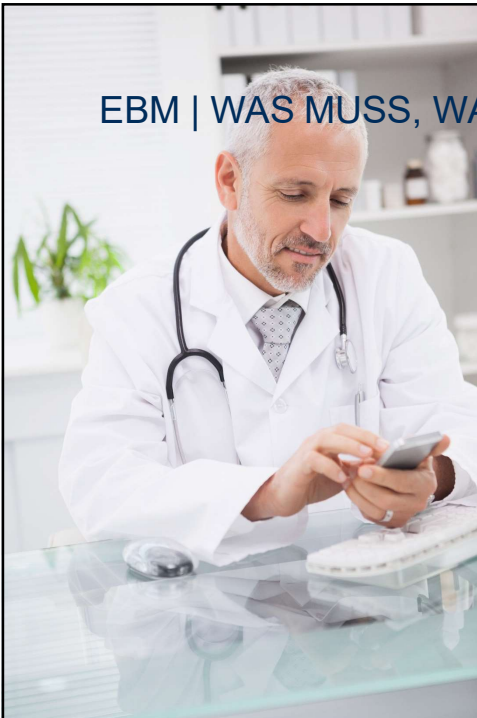
// EBM | GRUNDSÄTZLICH GILT

...ich darf nur Leitungen abrechnen,
wenn ich

- sie vollständig erbracht habe bzw. vollständig erbringen kann
- die erbrachten Leistungen dokumentiert habe



EBM | WAS MUSS, WAS KANN



- obligater Leistungsinhalt – diese Bestandteile müssen für die Abrechnung erbracht werden
- fakultativer Leistungsinhalt – diese müssen nicht erbracht werden, werden sie erbracht sind sie mit der Ziffer vergütet
- fakultative Leistungen müssen erbracht werden können

// EBM | BEGRENZENDE FORMULIERUNGEN

- nicht neben... bezeichnet einen Abrechnungsausschluss
- nicht neben xxx im Behandlungsfall, am Behandlungstag etc.
- Einmal pro Sitzung, Arzt-Patienten-Kontakt, Behandlungsfall
- ohne Angabe ist die jeweilige Sitzung gemeint

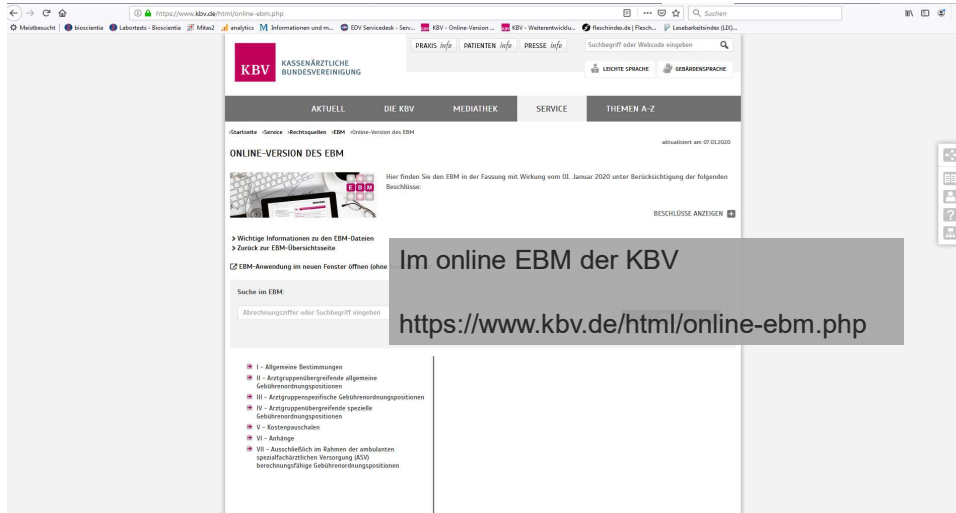


// EBM | WEITERE WICHTIGE FORMULIERUNGEN

- und
- oder
- und/oder
- Qualifikation
- Genehmigung
- Arztgruppenzugehörigkeit



// EBM | AKTUELL ONLINE



// EBM | SO FINDET MAN DIE INFOS

Welche Leistung kann ich mit der Ziffer abrechnen

obligater Leistungsinhalt – was muss ich erbringen

fakultativer Leistungsinhalt – kann ich erbringen

Wie häufig

was darf ich wann nicht abrechnen

EBM 31012 Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj

Beschreibung
 Operationsvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lebensjahres bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe- EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601).

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116).

Abrechnungsbestimmung
 einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschlüsse

am Behandlungstag	Leistungen	Kapitel
	01600, 01601	32.2, 323

Berichtspflicht
 Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung
 Nein

Gesamt (Punkte)	375
Gesamt (Euro)	41,20

// EBM | EWAS KOMPLEXER

Anmerkung

Komplexe
Abrechnungsausschlüsse

Höchstwert



01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung

Beschreibung

Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

Anmerkung

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse

	Leistungen	Kapitel
am Behandlungstag	31010, 31011, 31012, 31013	
im Behandlungsfall	01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 04000, 04030, 25213, 30700, 34810, 34820, 34821	
im Krankheitsfall	01842	

Höchstwerte

Höchstwert	GOP
180 Punkte	01601, 01600

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Nein

Gesamt (Punkte)	39
Gesamt (Euro)	4,28

Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Stand 2020/1, erstellt am 07.01.2020

57

// EBM | MAN MUSS NICHT ALLE KENNEN

...und zum Nachsehen ist auch nicht immer Zeit....

nutzen Sie die Chancen Ihrer
Praxissoftware glauben sie ihr aber
nicht bedingungslos



01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung

Beschreibung

Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

Anmerkung

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.

Abrechnungsausschlüsse

	Leistungen	Kapitel
am Behandlungstag	31010, 31011, 31012, 31013	
im Behandlungsfall	01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 04000, 04030, 25213, 30700, 34810, 34820, 34821	
im Krankheitsfall	01842	

Höchstwerte

Höchstwert	GOP
180 Punkte	01601, 01600

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Nein

Gesamt (Punkte)	39
Gesamt (Euro)	4,28

Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Stand 2020/1, erstellt am 07.01.2020

58

// EBM | WAS PASSIERT, WENN MAN EINEN AUSSCHLUSS ÜBERSIEHT?

Die KV streicht in der Abrechnung die Ziffer.

Sanktionen sind selten, es passieren eher Hilfestellungen.

Nutzen Sie Ihre Abrechnung zum Abstellen systematischer Fehler.

E B M 01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung		
Beschreibung		
Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung		
Anmerkung		
Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 180 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden. Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten. Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.		
Abrechnungsausschlüsse		
	Leistungen	Kapitel
am Behandlungstag	31010, 31011, 31012, 31013	
im Behandlungsfall	01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 04000, 04030, 25213, 30700, 34810, 34820, 34821	
im Krankheitsfall	01842	
Höchstwerte		
Höchstwert	GOP	
180 Punkte	01601, 01600	
Berichtspflicht		
Nein		
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung		
Nein		
	Gesamt (Punkte)	39
	Gesamt (Euro)	4,28

Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Stand 2020/1, erstellt am 07.01.2020

59



//



Spezialfall Labor (Kapitel 32)

GOÄ | DAS 32.2 LABOR

Routinelabor

- Untersuchungen, die in der Praxis bzw. der Laborgemeinschaft durchgeführt werden, z. B. Glucose, Quick, Troponin, CRP...
- fordern Sie mit dem Muster 10A an
- rechnet die Praxis ab: selber bzw. über die Laborgemeinschaft
- Abrechnung und Medizin verantwortet die Praxis

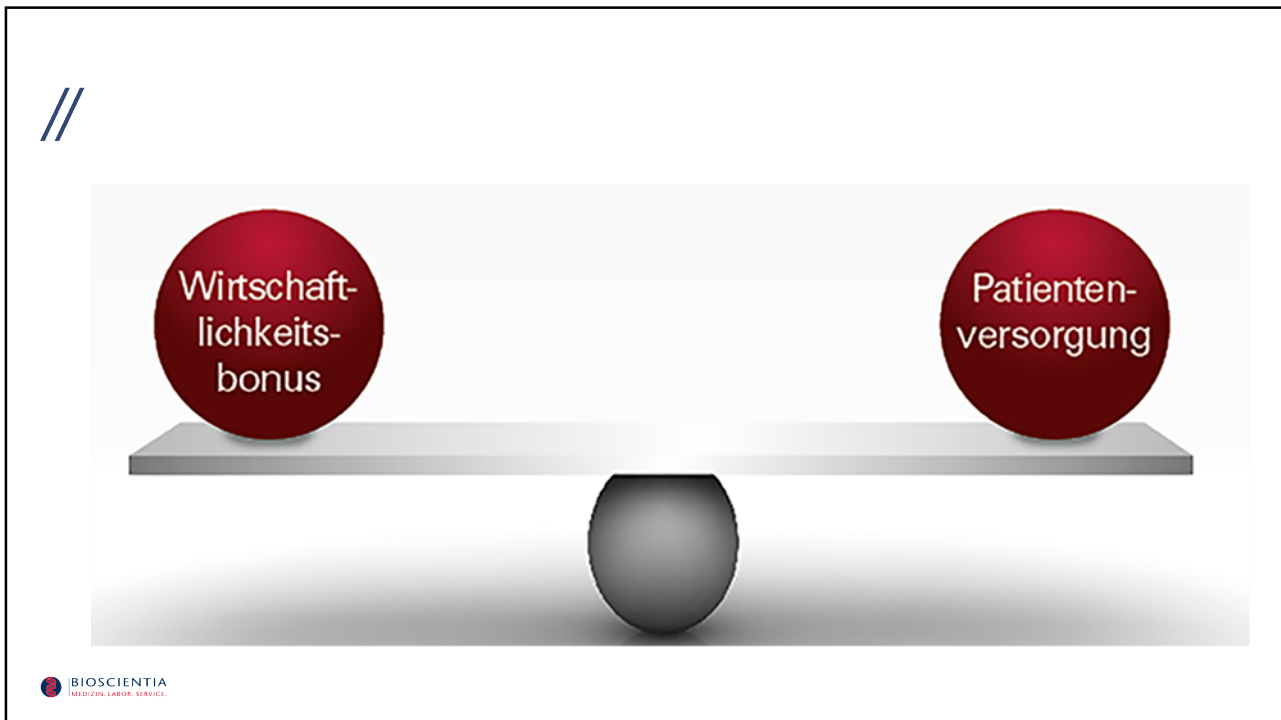
// GOÄ | DAS 32.3 LABOR...

- ...Untersuchungen, die nur Laborärzte/Mikrobiologen durchführen dürfen: Hormone, Tumormarker, Keime etc.
- überweisen (!!) Sie mit dem Muster 10
- rechnet der Laborarzt ab
- Abrechnung und Qualität verantwortet er Laborarzt



//





// EBM 01100 - 01102 | BESONDERE INANSPRUCHNAHME

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes **durch einen Patienten**

01100 | zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr || 196 Punkte

01101 | zwischen 22:00 und 07:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr || 313 Punkte



// EBM 01100 - 01102 | BESONDERE INANSPRUCHNAHME

- 01100 und 01101 nur wenn zwischen 19:00 Uhr und 07:00 Uhr keine Sprechstunde
- 01100 und 01101 nur bei kurativer Behandlung
- 01102 ist bei Vorsorgeuntersuchungen möglich
- 01100 – 01102 bei Gruppenbehandlung nur einmal
- Abrechnungsausschlüsse beachten (> 30)



// EBM 01100 - 01102 | BESONDERE INANSPRUCHNAHME

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

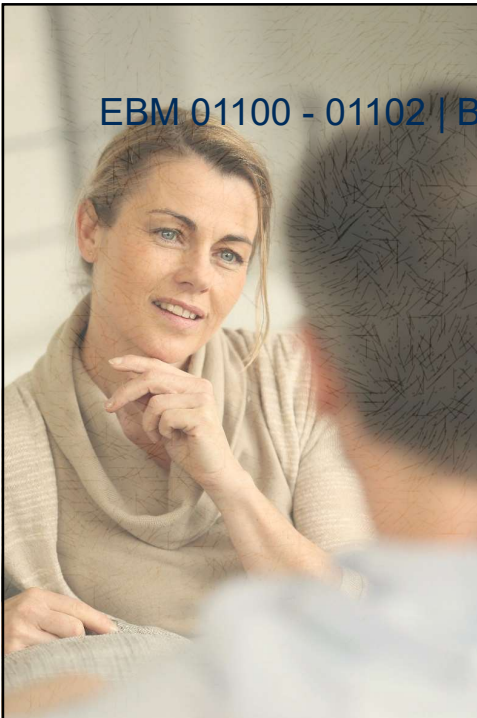
01102 | an Samstagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr || 101 Punkte



EBM 01100 - 01102 | BESONDERE INANSPRUCHNAHME

(Vorsorge)Sprechstunde am Samstag

- 01102 kann bei jedem Patienten abgerechnet werden, also zusätzlich..
- € 11,38 pro Patient



EBM | NOTFALL/ORGANISierter NOTDIENST



ausgeblendet zum Nachlesen

71

// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISierter NOTDIENST

Grundsätzliches

- es dürfen nur Leistungen berechnet werden, die im Zusammenhang mit dem Notfall stehen = viele Ausschlüsse
- Abgerechnet werden können aber weiterhin z. B. Infusionen/Transfusionen, Punktionen, Kathederentfernung usw.
- dürfen von jedem an der Notfallversorgung teilnehmenden Arzt abgerechnet werden – auch nicht Vertragsärzte, Instituten und Krankenhäusern



72

// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

Grundsätzliches

- Gesprächsleitungen sind nicht berechnungsfähig
- Für die Berechnung einer Versichertenpauschale ist ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig
- Notfallbehandlungen außerhalb des Notdienstes werden mit fachgruppenspezifischen Pauschalen abgerechnet
- Zeiten angeben
- Ziffern 01214, 01216 und 01218 immer begründen (warum 2. Kontakt)



EBM | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST - DER BESUCH

01418 | Besuch im organisierten Not(-fall) dienst || 778 (778) Punkte



// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

01205 | zwischen 07:00 und 19:00 Uhr außer an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. || 45 (45) Punkte

01207 | zwischen 19:00 und 07:00 des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. || 80 (80) Punkte

Diese Ziffern sollen für Bagatellfälle („...für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit...“) eingesetzt werden – z. B. Erkältungen, akute Magen-Darm-Erkrankungen etc.



EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

01210 | zwischen 07:00 und 19:00 Uhr außer an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. || 120 (120) Punkte

01212 | zwischen 19:00 und 07:00 des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. || 195 (195) Punkte

Ziffern können genutzt werden, wenn auch Untersuchungen (z. B. Labor), Therapien (z. B. Infusionen) durchgeführt/veranlasst

76



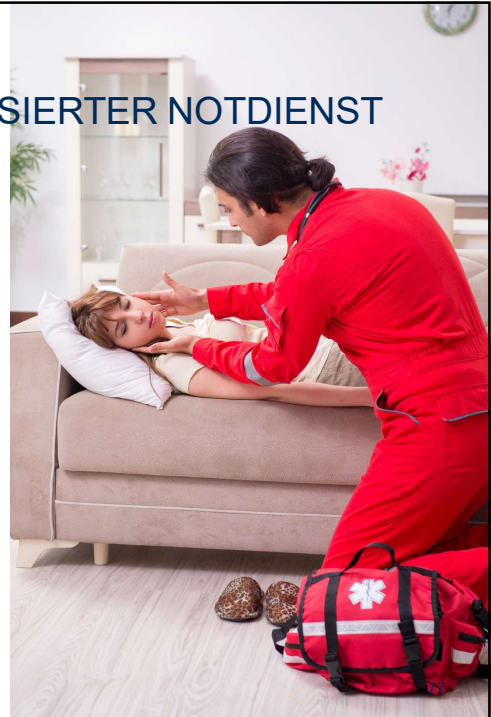
// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

Die Ziffern 01205, 01207, 01210 und 01212 sind für den 1. Kontakt, für weitere Kontakte

01214 | werktags zwischen 07:00 und 19:00 Uhr || 50 (50) Punkte

01216 | zwischen 19:00 und 22:00 Uhr und an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. von 07:00 bis 19:00 Uhr || 140 (140) Punkte

01218 | zwischen 22:00 und 07:00 Uhr und an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. von 19:00 bis 07:00 Uhr || 170 (170) Punkte



EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST



Formulierung in der Ziffer 01214, und 01216, 01218 „weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt“ erlaubt...

...die Ziffer (zeitabhängig) für den Rückruf Arzt/Patient oder Patient/Arzt zu berechnen

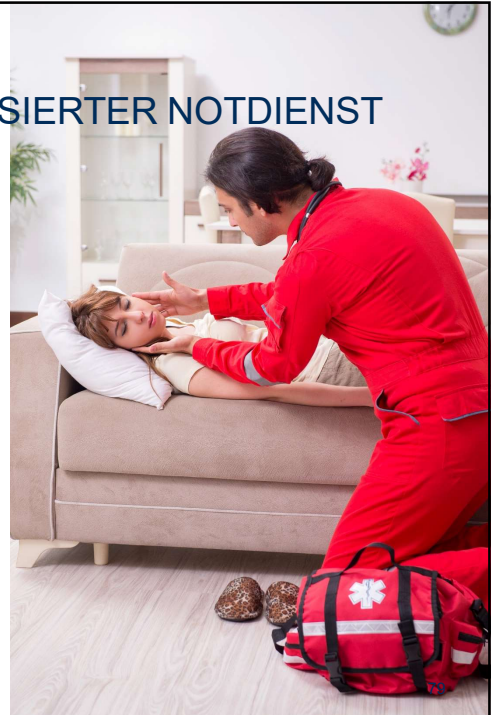
// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

01220 | Reanimationskomplex || 1027 (1027)
Punkte

01221 | Zuschlag Beatmung || **203** (203)
Punkte

01222 | Zuschlag Defibrillation || 288 (288)
Punkte

Die Leistungen haben obligate Leistungsinhalte, die erfüllt sein müssen, z. B. Koniotomie und/oder Endotracheale Intubation bei 01221



EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

01223 | Zuschlag zur 01210 || 128 (128) Punkte

01224 | Zuschlag zur 01212 || **195** (195) Punkte

- Zuschläge für schwierige (definierte) Fälle, wie Angina Pectoris, Schädel-Hirn-Trauma oder hypertensive Krise.
- Können auch außerhalb der festgelegten Erkrankungen genutzt werden – muss begründet werden.

80

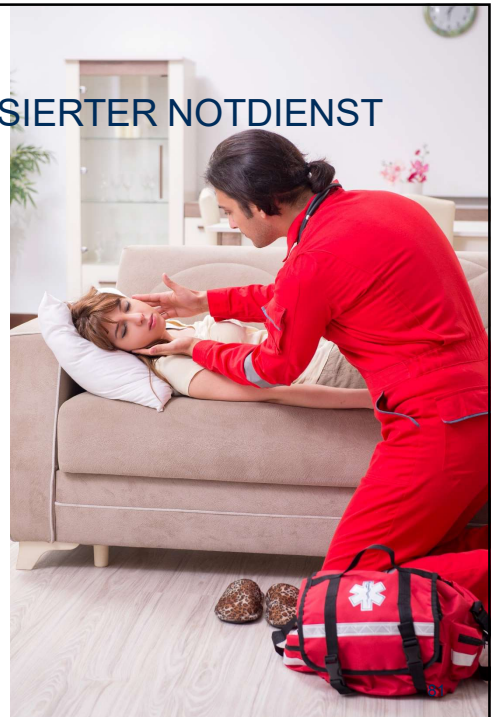


// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

01226 | Zuschlag zur 01212 || 90 (90)
Punkte

Bei Säuglingen/Neugeborenen/Kleinkindern
oder kognitiv eingeschränkten, geriatrischen
Patienten und dementiellen Erkrankungen
sowie Parkinson.

Darf nicht neben 01223 und 01224
eingesetzt werden.



// EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISIERTER NOTDIENST

Beispiel

Sonntag 14:00 Uhr Patient untersucht,
Medikament verabreicht **01418, 01210**

Montag 19:30 Uhr, 2. Besuch, Zustand bessert
sich nicht **01418, 01216**

Montag 23:30 Uhr, Zustand verschlechtert
sich, Patient wird beatmet, ins Krankenhaus
überwiesen **01418, 01218, 01221**

Wegegeld



EBM 01205 - 01226 | NOTFALL/ORGANISierter NOTDIENST



Beispiel

Sonntag 14:00 Uhr Patient in „Praxis“ untersucht,
Medikament verabreicht **01210**

Montag 20:30 Uhr, Patient ruft an keine Besserung;
Besuch vereinbart **01214**

Dienstag 18:00 Uhr, Besuch bei Patient, Untersuchung,
ins Krankenhaus überwiesen **01418, 01212**

Wegegeld

83





Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende



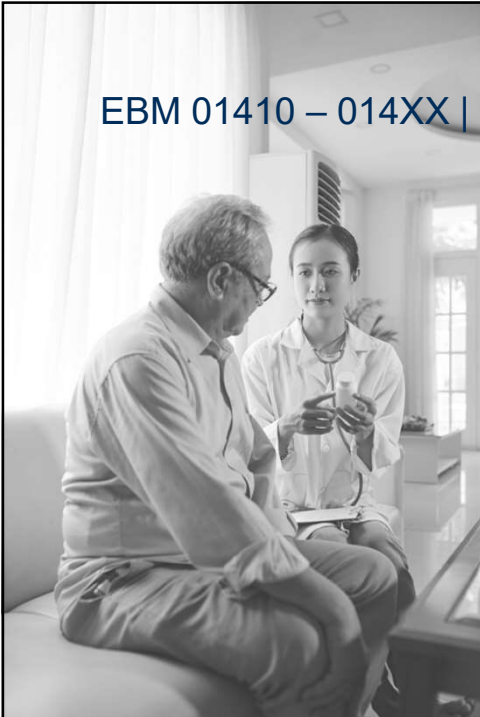
// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

Grundsätzliches

- Besuch/Visite – Arzt verlässt den Ort um eine Kranken zu besuchen
- Die „normalen“ Besuchsziffer nicht im organisierten Notdienst
- der Notfall, außerhalb des Notdienstes, ist auch ein Besuch
- einmal pro Besuch/Visite kann die Wegepauschale abgerechnet werden
- mehrere Besuche an einem Tag abrechnen mit Begründung (Uhrzeit)



EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...



01410 | Hausbesuch || 212 (212) Punkte, 13 Minuten

01411 | dringender Hausbesuch **unverzüglich** zwischen 19:00 und 22:00 Uhr an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. von 07:00 bis 19:00 Uhr || 469 Punkte

01412 | dringender Hausbesuch **unverzüglich**, zwischen 22:00 und 07:00 Uhr an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. von 19:00 bis 07:00 Uhr

Auch für Besuch/Visite mit Unterbrechen der Sprechstunde, Verlassen Praxisräume || 626 Punkte

87

// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

01413 | Besuch eines weiteren Kranken im Zusammenhang mit einem Besuch nach der = 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 || 106 Punkte, 6 Minuten

- in derselben sozialen Gemeinschaft z.B. in der Familie, im Pflegeheim
- Neben der 01102 möglich, wenn der Besuch durchs Pflegepersonal angefordert - Mitbesuch an Samstagen wird aufgewertet

01414 | Visite auf der Belegstation || 87 (87) Punkte



88



EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

01415 | Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal, am Tag der Bestellung | 546 Punkte

01416 | Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären – je vollende 10 Minuten || 117 Punkte, 10 Minuten

01418 | Besuch im organisierten Not(-fall)dienst || (778) Punkte

89

// EBM 01410 – 014XX | LEISTUNGEN DER VIDEOSPRECHSTUNDE

...findet man teilweise auch in diesem Kapitel. Besprechen wir als „Ganzes“ unter dem Punkt Videosprechstunde.



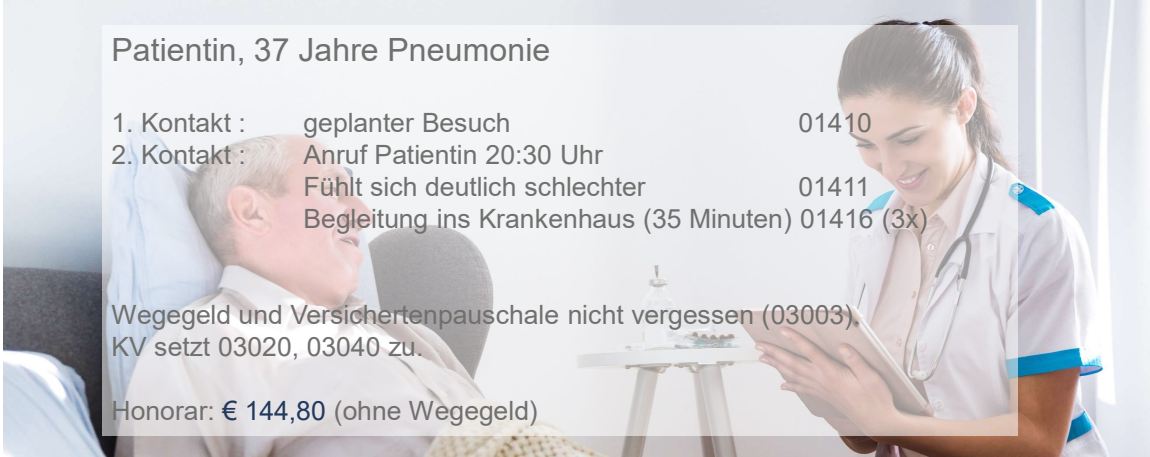
// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN

Patientin, 37 Jahre Pneumonie

1. Kontakt :	geplanter Besuch	01410
2. Kontakt :	Anruf Patientin 20:30 Uhr	
	Fühlt sich deutlich schlechter	01411
	Begleitung ins Krankenhaus (35 Minuten)	01416 (3x)

Wegegeld und Versichertenpauschale nicht vergessen (03003).
KV setzt 03020, 03040 zu.

Honorar: € 144,80 (ohne Wegegeld)



// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN

Patient, 87 Jahre, chronisch krank, palliativ versorgt

1. Kontakt :	geplanter Besuch	01410
	Zuschlag palliativmed. Betreuung	03372
2. Kontakt :	Anruf Patient 06:30 Uhr	
	Zustand deutlich verschlechtert	01412
	Zuschlag palliativmed. Betreuung	03373
	Behandlung Ehefrau	01413

Honorar nur Besuche: € 134,29

Wegegeld und Versichertenpauschale und alle weiteren zutreffenden Ziffern wie Chroniker, palliativ etc. nicht vergessen.



// EBM | WEGEGELDER - EXTRABUDGETÄR

Bei einigen Leistungen, wie dem Hausbesuch, können Wegegelder abgerechnet werden

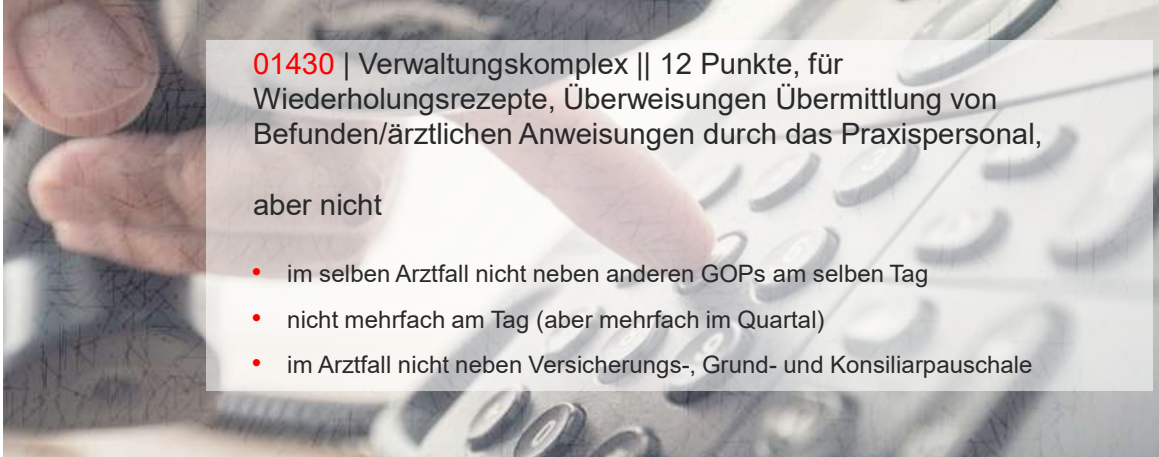
- KV-individuelle Regelungen (KV RLP zwischen € 3,83 und € 17,86)
- gestaffelt nach Tagen, Uhrzeiten und Entfernungen



// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 4 ZIFFERN



// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 3 ZIFFERN



01430 | Verwaltungskomplex || 12 Punkte, für Wiederholungsrezepte, Überweisungen Übermittlung von Befunden/ärztlichen Anweisungen durch das Praxispersonal,

aber nicht

- im selben Arztfall nicht neben anderen GOPs am selben Tag
- nicht mehrfach am Tag (aber mehrfach im Quartal)
- im Arztfall nicht neben Versicherungs-, Grund- und Konsiliarpauschale

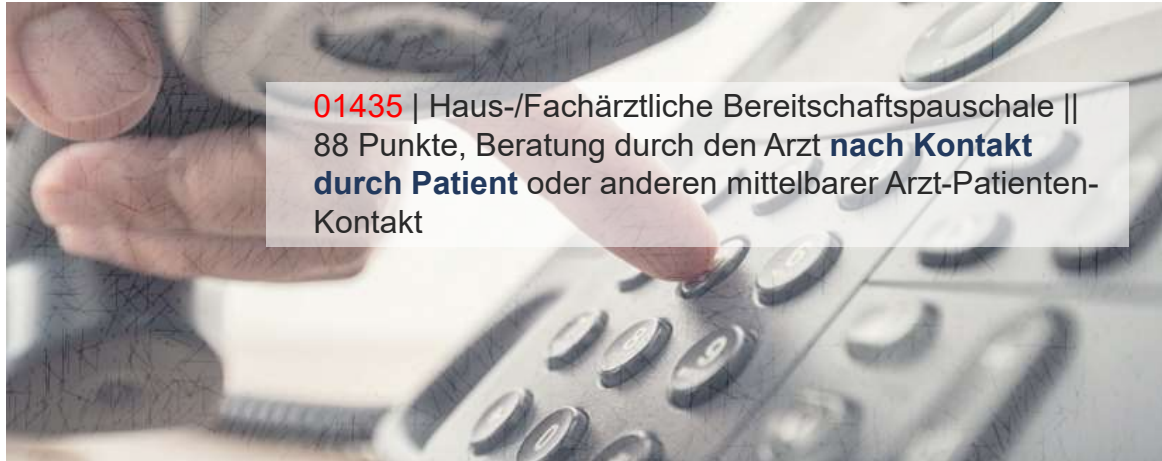
// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT



01431 | Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 || **3** Punkte

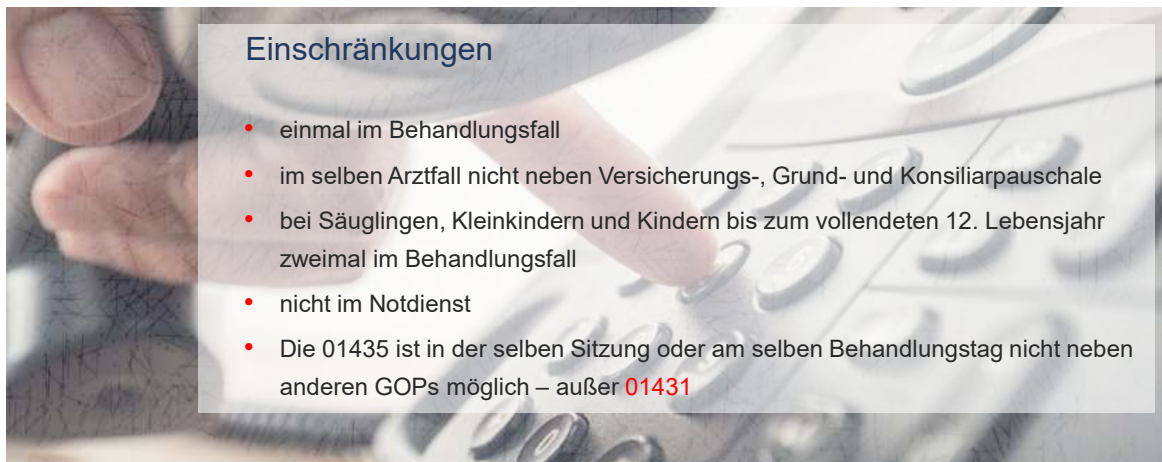
- maximal viermal im Arztfall
- nicht mehrfach am Tag

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 3 ZIFFERN



01435 | Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale ||
88 Punkte, Beratung durch den Arzt **nach Kontakt**
durch Patient oder anderen mittelbarer Arzt-Patienten-
Kontakt

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 3 ZIFFERN



Einschränkungen

- einmal im Behandlungsfall
- im selben Arztfall nicht neben Versicherungs-, Grund- und Konsiliarpauschale
- bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall
- nicht im Notdienst
- Die 01435 ist in der selben Sitzung oder am selben Behandlungstag nicht neben anderen GOPs möglich – außer **01431**

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 4 ZIFFERN



Wertvoll

- bei reinem telefonischem Kontakt
- bei mittelbarem Kontakt – betreuende Personen
- in BAGs/MVZ

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 4 ZIFFERN



01435.... zu „Unzeiten“ besser die 01100 und 01101

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 3 ZIFFERN

Einzelpraxis

1. Kontakt :	Beratung und Untersuchung	Arzt A	03000 (€ 16,67)
2. Kontakt :	Telefonische Beratung	Arzt A	01435, 01431 (€ 10,25)
3. Kontakt:	Wiederholungsrezept (telefonisch)	Arzt A	01430 (€ 1,35)

Honorar: € 16,67

// EBM OHNE PERSÖNLICHEN ARZT-PATIENTEN KONTAKT | 3 ZIFFERN

Berufsausübungsgemeinschaft mit 2 Ärzten

1. Kontakt :	Beratung und Untersuchung	Arzt A	03000 (€ 16,67)
2. Kontakt :	Telefonische Beratung	Arzt B	01435, 01431 (€ 10,25)
3. Kontakt:	Wiederholungsrezept (telefonisch)	Arzt B	01430 (€ 1,35)

Honorar: € 28,27

EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

DiGa's

- **D**igitale **G**esundheits**a**nwendungen – Apps auf Rezept oder Gesundheits-Apps
- verschrieben werden dürfen **alle im BfArM-DiGa-Verzeichnis*** gelisteten Apps
- alle = vorläufig und dauerhaft aufgenommen
- für Patienten ab 18 Jahre
- für Kinder von 12 – 17 Jahren

*<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

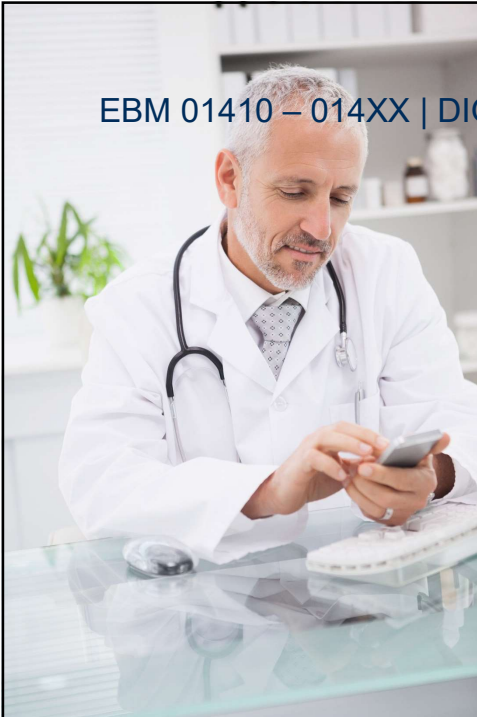
// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

EBM-Ziffer 01470 | 18 Punkte | € 2,00
Zusatzpauschale Erstverordnung DiGa
(extrabudgetär bis 31.12.22)

Pauschale 86701 | € 2,00 Zusatzpauschale
Erstverordnung DiGa (extrabudgetär bis
31.12.2023)

- für Kinder- und Jugendärzte

EBM 01410 – 014XX | DIGA – VERLAUFKONTROLLE - AUSWERTEN

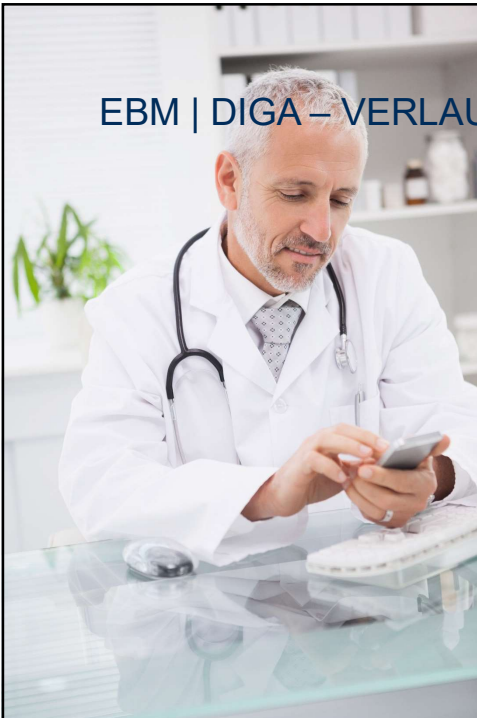


für dauerhaft aufgenommenen

- 01471 für somnio (Schlafstörungen)
 - einmal im Behandlungsfall
- 01472 Vivira (Behandlung Osteochondrose)
 - zweimal im Krankheitsfall
- Vergütung: 64 Punkte | € 7,21

105

EBM | DIGA – VERLAUFKONTROLLE - AUSWERTEN



...für vorläufig aufgenommenen

- Ziffer 86700 (€ 7,12)
- zweimal im Krankheitsfall
- nicht neben 01470

106

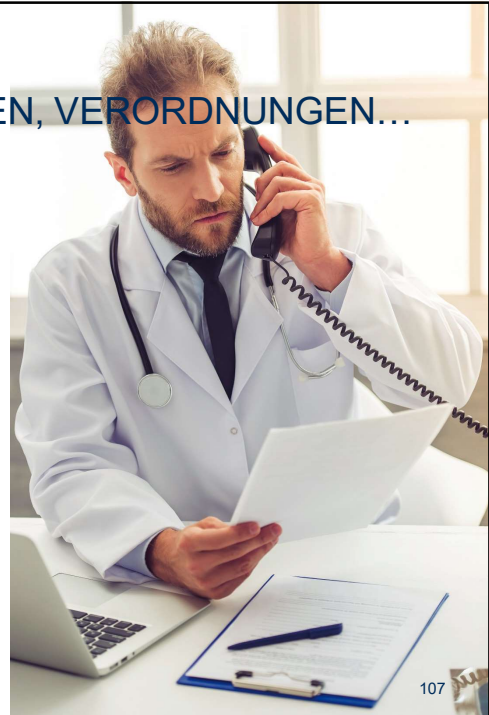
// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

01436 | Konsultationspauschale || 18 (18) Punkte

- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt
- Diagnostik/Behandlung des Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Auftragsleistung an nicht ausschließlich an auf Überweisung tätige Ärzte

und/oder Leistungen aus dem

- Abschnitt 31.1 (OP-Vorbereitung)
- Abschnitt 31.2 (Amb. OP)
- Abschnitt 31.4 Post-OP Behandlung
- Abschnitt 31.5 Anästhesien (Amb.)



107

// EBM 01410 – 014XX | BESUCHE, VISITEN, VERORDNUNGEN...

01436 | Konsultationspauschale || 18 (18) Punkte

- wird „nur“ die Auftragsleistung erbracht, darf keinen Versicherten-Grund- oder Konsilarpauschale berechnet werden
- bei einem 2. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kann sie abgerechnet werden



108



// EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN..

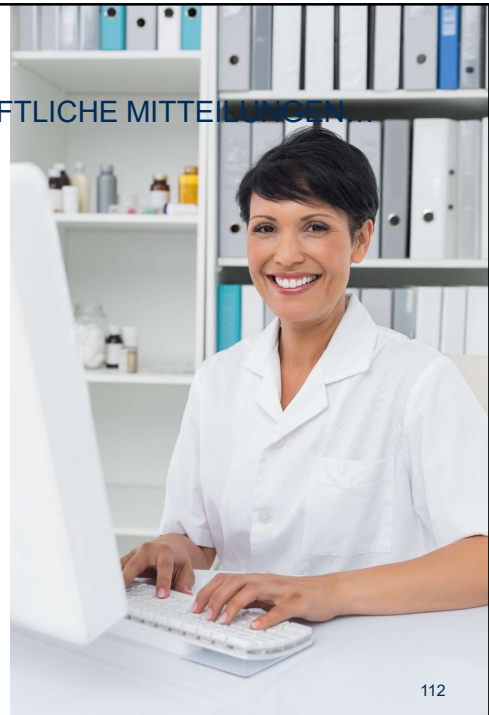
...Details zum Thema schriftliche Mitteilungen ausgeblendet



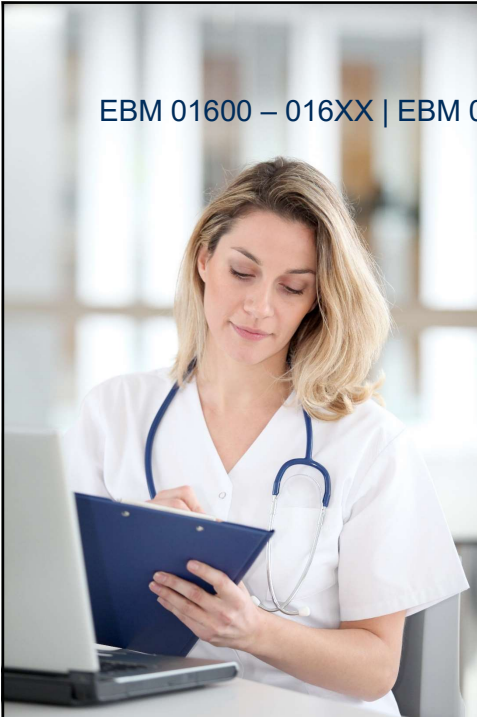
// EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN..

01600 | Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung || 55 Punkte 1 Minute

01601 | Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten || 108 Punkte, 2 Minuten



EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN, ...



..aber!

- im Behandlungsfall nicht neben Versicherten,- Grund- und oder Konsiliarpauschale
- Höchstwert 258 Punkte pro Behandlungsfall (01600 + 01601)
- 01600 und 01601 am Behandlungstag nicht neben 31010 – 31013
- Bestimmte Arztgruppen dürfen diese nicht abrechnen (Labormediziner, Radiologen, Nuklearmediziner etc.)
- weitere GOP-bezogene Ausschlüsse

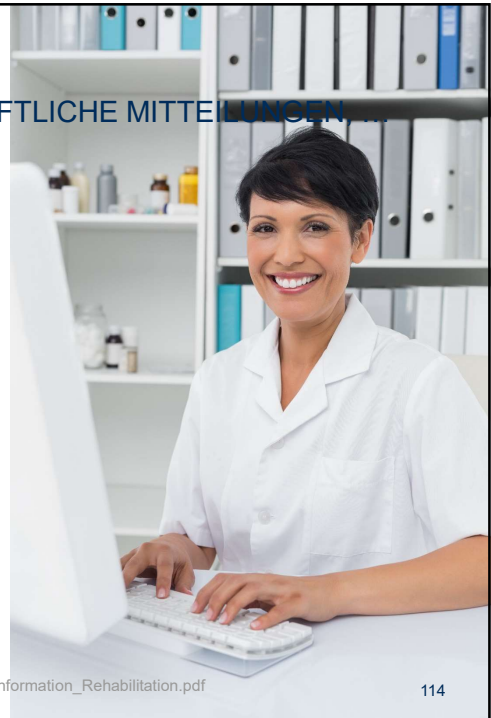
113

// EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN, ...

01610 | Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze (Muster 55) || 14 Punkte.

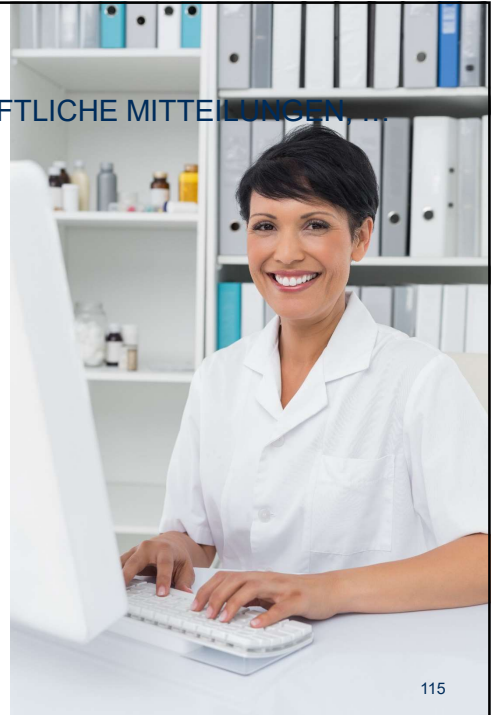
01611 | Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 [...] || 315 Punkte, 20 Minuten, aufgewertet zum 01.07.2022 durch neue Reha-RL

- mehr klinische Angaben
- Einwilligungserklärung des Patienten einholen
- seit 01.07.2022 neues Muster 61 verwenden



// EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN...

01612 | Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß den Psychotherapie-Richtlinie || 37 (37) Punkte, 1 (1) Minute

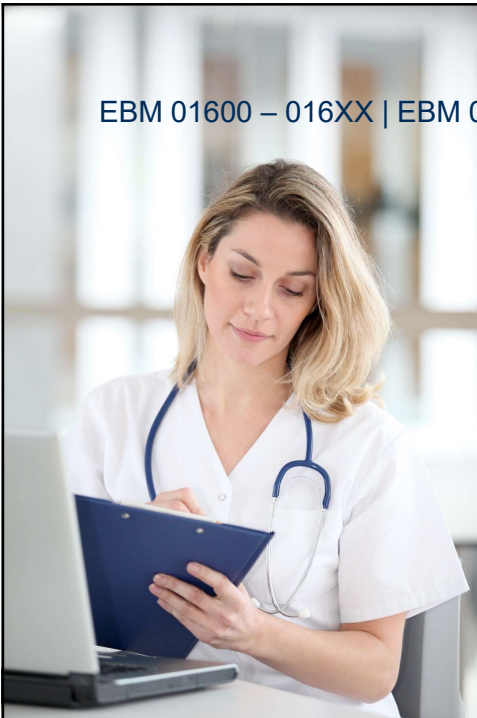


EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN...

01620 | Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem Muster 50 || 30 (30) Punkte

01621 | Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56 || 44 (44) Punkte

01622 | Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65 || 83 (83) Punkte



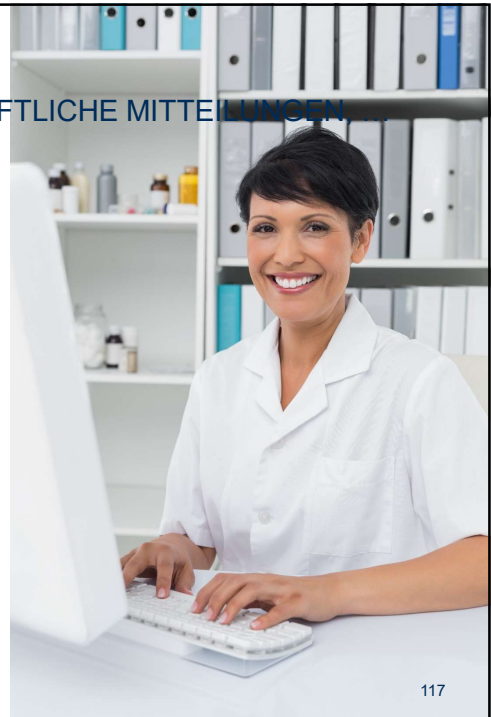
// EBM 01600 – 016XX | EBM 01600 – 016XX | SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN

01623 | Kurvorschlag des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach Muster 25 || 53 (53)

01624 | Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64 || 210 (210) Punkte, 14 (17) Minuten

Wenig Einschränkungen bei der 01620 – 01624

01626 | Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis || 143 (143)



// KOSTEN FÜR KOPIE AUF PATIENTENWUNSCH

- BGB sagt: Patienten müssen zahlen. Kosten nach JVEG fest: 50 Cent für die ersten 50 Seiten und 15 Cent für jede weitere Seite.
- hohen Verwaltungs- und Erklärungsaufwand

// BEARBEITUNG DER EPA WIRD VERGÜTET

- Erstbefüllung der EPA | EBM-Ziffer 01648
89 Punkte | € 10,03
 - honoriert nur Erstbefüllung
 - beinhaltet keine Beratung zur EPA
 - nur, wenn keine Daten in der ePA sind
 - im Behandlungsfall nicht neben 01647



// BEARBEITUNG DER EPA WIRD VERGÜTET

- EBM-Ziffer 01647 | 15 Punkte | € 1,67
 - Zusatzpauschale zur Versichertenpauschale
 - bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt
 - einmal im Behandlungsfall
 - Im Behandlungsfall nicht neben 01648



// DAS DENKEN/WISSEN PATIENTEN



Die Gesundheitskasse.
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Leistungen & Services Beiträge & Tarife Medizin & Versorgung Pflege Gesundheitsmagazin [↗](#) [Mitglied werden](#)

Ihre Registrierung in der „AOK Mein Leben“-App einfach erklärt

1. Laden Sie die „AOK Mein Leben“-App herunter
2. Beginnen Sie mit der Registrierung in der App
3. E-Mail-Adresse eingeben, bestätigen und Passwort eingeben

2. Beginnen Sie mit der Registrierung in der App 02/07

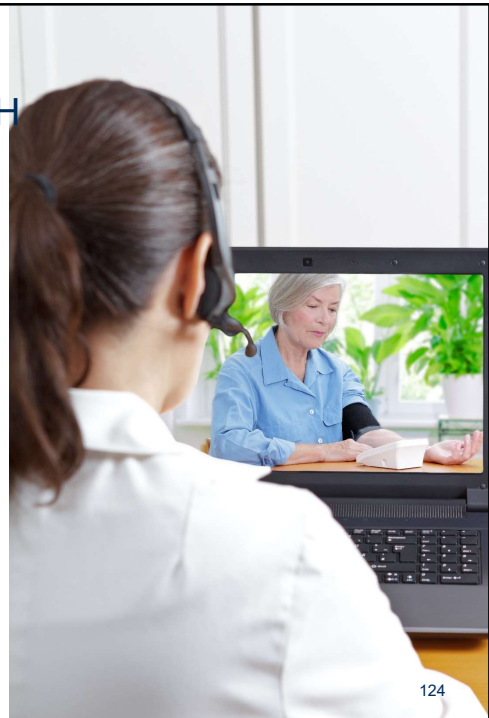
- Öffnen Sie die „AOK Mein Leben“-App.
- Durch Klick auf „Registrieren“ starten Sie den Registrierungsprozess und werden auf den nächsten Screen zur Einwilligungserklärung weitergeleitet.



// TELEKONSILE - ES IST MEHR MÖGLICH

Nicht nur Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen, sondern

- unterschiedliche, nicht fest definierte, fachliche Fragestellungen können digital diskutiert werden
- zwischen Vertrags- und Krankenhausärzten
- die notwendigen Unterlagen werden elektronisch übermittelt.
- Einverständnis des Patienten einholen bzw. Überprüfung
- ein Videokonsilium mit dem Patient ist möglich



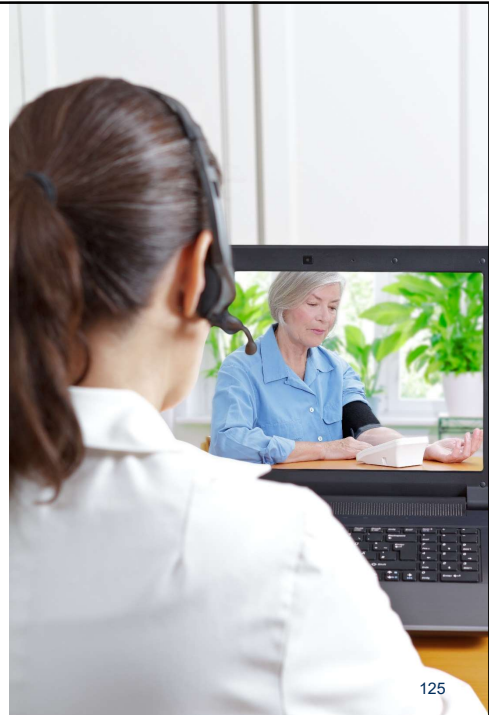
// EBM 01600 – 016XX | TELEKONSILE

wann

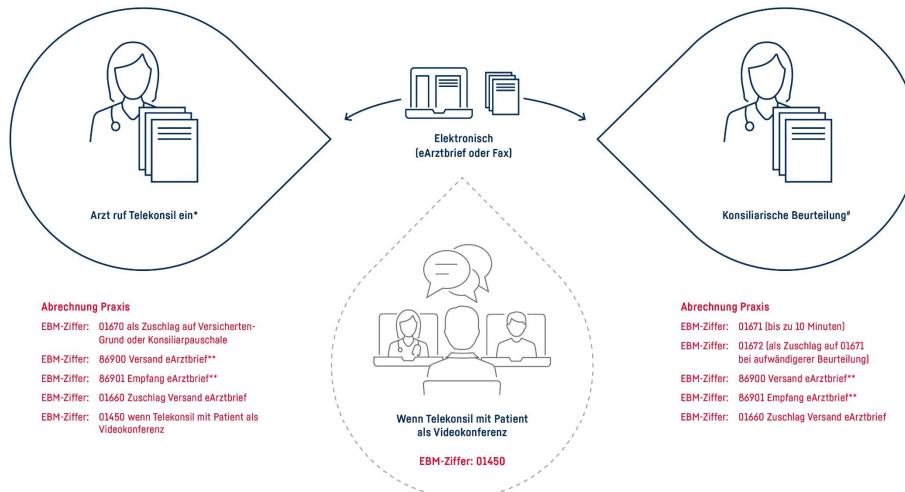
- interdisziplinäre Fragestellung außerhalb des Fachgebiet des behandelnden Arztes

oder

- besonders komplexe medizinische Fragestellung im Fachgebiet des behandelnden Arztes und des Konsiliararztes



Abrechnungsbeispiel Telekonsil



* Klinische Fragestellung definieren, alle relevanten Unterlagen zusammenstellen und elektronisch versenden. Einverständnis des Patienten einholen
 ** Alternativ Fax (EBM-Ziffer 40111)
 # medizinische Beurteilung, schriftlicher Konsiliarbericht und elektronische Versendung

// EBM 40120 FF | PAUSCHALE ERSTATTUNGEN ...

40120 | Kostenpauschale Briefe bis 20 g
(55 cent)

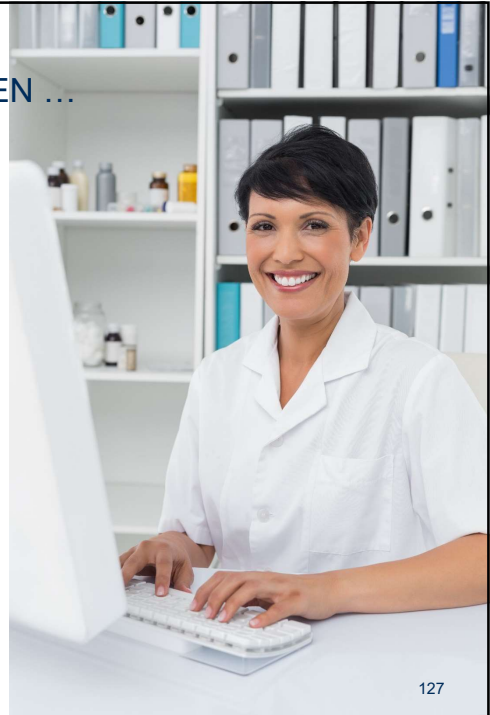
40122 | Kostenpauschale Briefe bis 50 g
(55 cent)

40122 | Kostenpauschale Briefe bis 500 g
(1,45 cent)

40126 | Kostenpauschale Briefe bis 1000 g
(2,20 cent)



127



// EBM 40110/111 | ERSTATTUNGEN BRIEF UND FAX ...

40110 | Porto-Kostenpauschale € 0,86 unabhängig
von Briefgröße und -gewicht

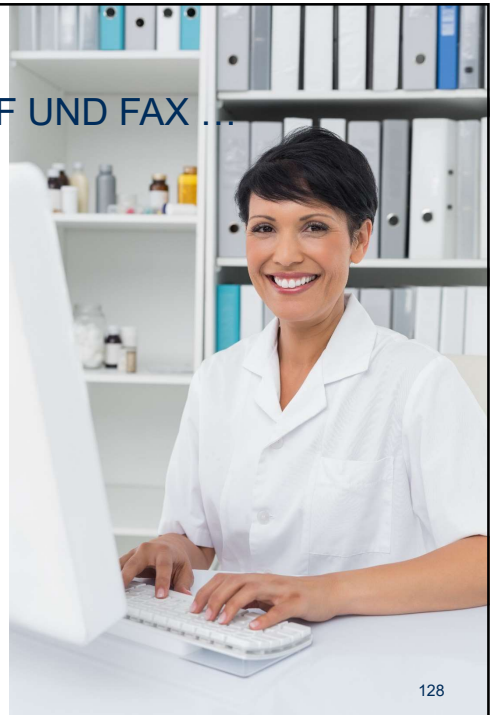
40111 | Fax-Kostenpauschale € 0,05

Höchstwerte Hausärzte seit 01.10. € 28,38

- ab 01.10.2023 € 6,88



128



// EBM 40128/29/31 | BRIEF - SONDERFÄLLE

40128 | Versand AU-Bescheinigung an Patient im Rahmen einer Videosprechstunde € 0,86

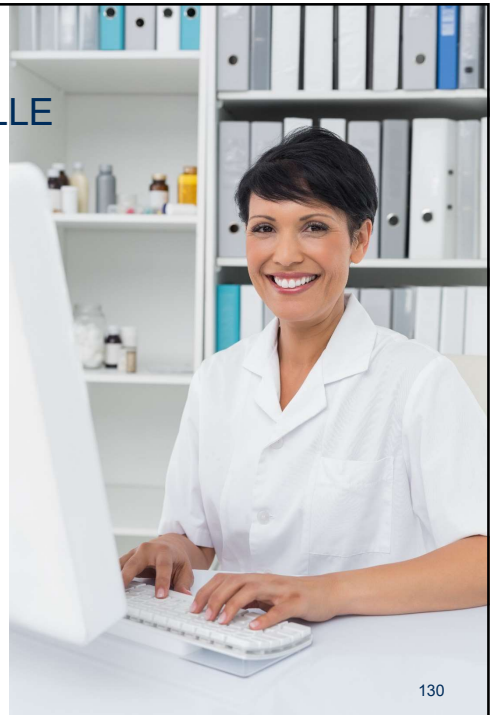
40129 | Versand ärztliche Bescheinigung für Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Muster 21) an Patient oder Bezugsperson im Rahmen einer Videosprechstunde € 0,86



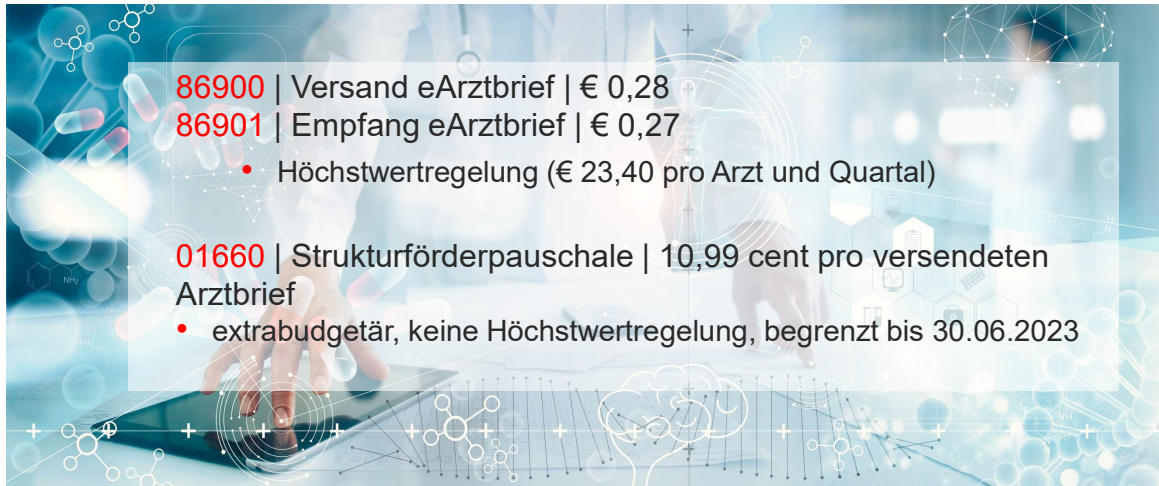
// EBM 40128/29/31 | BRIEF - SONDERFÄLLE

40130 | Versand an die Krankenkasse des Patienten, wenn die EAU auch nicht am darauffolgenden Werktag nicht möglich ist € 0,86

40131 | Versand AU-Bescheinigung an Patient im Rahmen eines Hausbesuches € 0,86



// EBM 86900, 86901 | E-ARZTBRIEF WIRD VERGÜTET



86900 | Versand eArztbrief | € 0,28
86901 | Empfang eArztbrief | € 0,27

- Höchstwertregelung (€ 23,40 pro Arzt und Quartal)

01660 | Strukturförderpauschale | 10,99 cent pro versendeten Arztbrief

- extrabudgetär, keine Höchstwertregelung, begrenzt bis 30.06.2023

// So läuft es beim nicht-elektronischen Arztbrief



// KIM | IST NOTWENDIG Z. B. FÜR

- eArztbrief
 - eAU
 - eRezept
 - (Heil- und Kostenpläne)
- oder...
- ...alles was man jetzt unterschrieben per Post verschickt



EBM 01600 – 016XX | NOTFALLDATENMANAGEMENT



- EBM-Ziffer **01640** Zuschlag für Anlage... | 80 Punkte | € 8,90
- EBM-Ziffer **01641** Zuschlag für Überprüfung..., setzt KV zu | 4 Punkte € 0,44
- EBM-Ziffer **01642** Löschen... | 1 Punkt | € 0,11

...des Notfalldatensatzes

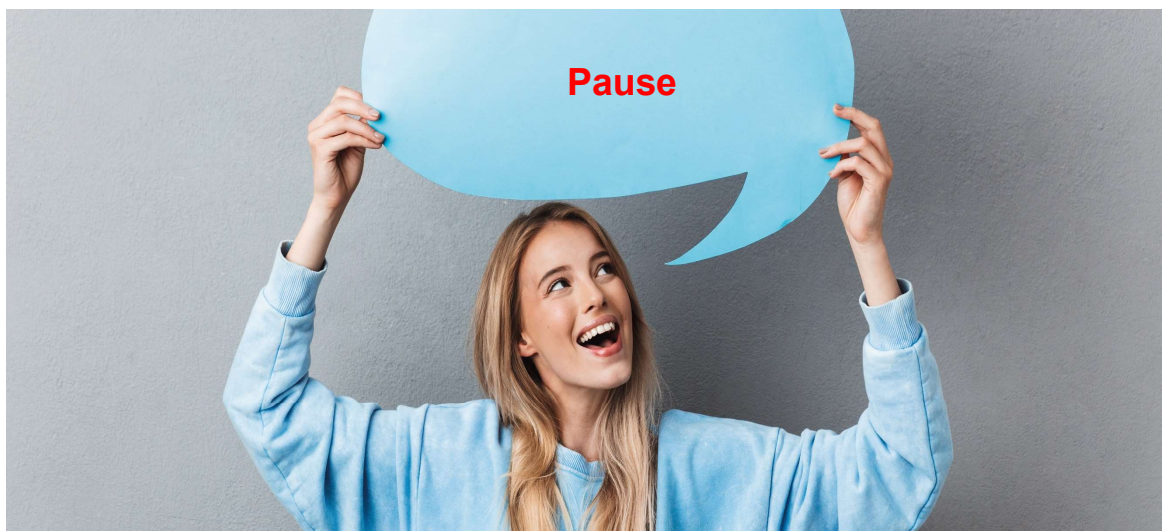
NOTFALLDATENMANAGEMENT VERGÜTUNG - BEISPIEL



- Eckdaten
 - 1.000 Behandlungsfälle
 - 250 Anlage Notfalldatensatz
- Rechnung
 - $750 \times 4 \times 0,112662 = € 337,99$
 - $250 \times 80 \times 0,112662 = 2.253,24$
 - $1000 \times 4 \times 0,112662 = € 450,65$

135

//

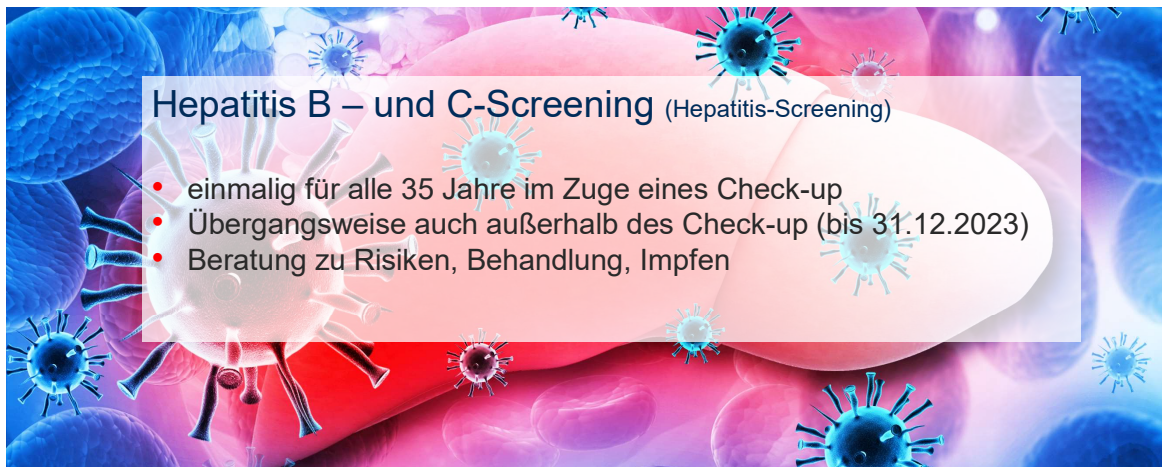


BIOSCIENTIA
MEDICAL LABOR SERVICE



Prävention | Vorsorge

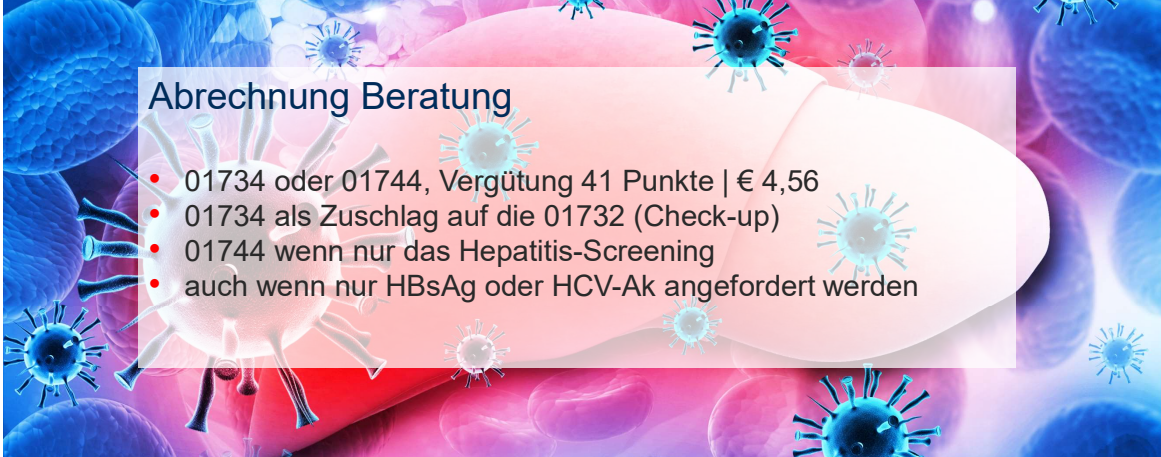
// EBM-FRÜHERKENNUNG | DAS IST „NEU“ SEIT 01.10.2021



Hepatitis B – und C-Screening (Hepatitis-Screening)

- einmalig für alle 35 Jahre im Zuge eines Check-up
- Übergangsweise auch außerhalb des Check-up (bis 31.12.2023)
- Beratung zu Risiken, Behandlung, Impfen


// EBM-FRÜHERKENNUNG | HEPATITIS-SCREENING



Abrechnung Beratung

- 01734 oder 01744, Vergütung 41 Punkte | € 4,56
- 01734 als Zuschlag auf die 01732 (Check-up)
- 01744 wenn nur das Hepatitis-Screening
- auch wenn nur HBsAg oder HCV-Ak angefordert werden

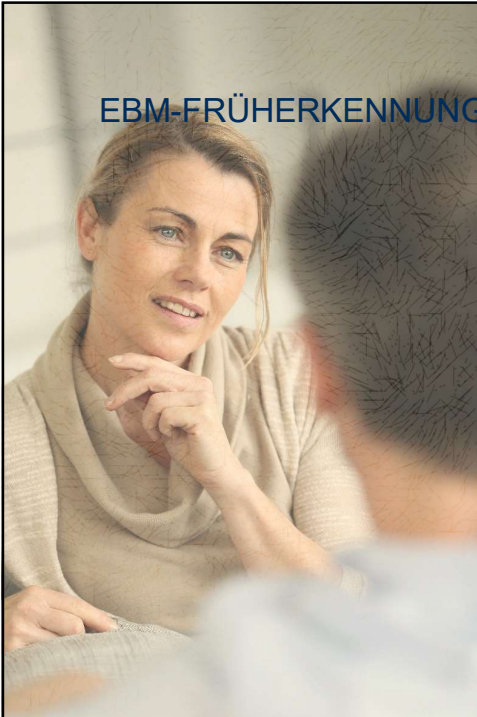
// EBM-FRÜHERKENNUNG | HEPATITIS-SCREENING



Anforderung

- Muster 10
- Präventiv markieren
- **Check up HBV/HCV** oder **Check up HBV** oder **Check up HCV**
- star.net-Nutzer sucht nach diesen Bezeichnungen

EBM-FRÜHERKENNUNG | DAS IST, EXTRABUDGETÄR, MÖGLICH...



Vorsorge für „Alle“

- Gesundheitsuntersuchung, ab dem 18. Lebensjahr (01732)
- Darmkrebsfrüherkennung – Ausgabe Stuhlentnahmeset (01737)
- Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung (01740)
- Hautkrebs (01745 und 01746)

141

// EBM-FRÜHERKENNUNG | DAS IST, EXTRABUDGETÄR, MÖGLICH...

...

Früherkennung bei Kindern (01702 – 01727)

U-Untersuchungen

- Hörscreening
- Mukoviszidose
- Pulsoxymetrie-Screening
-

Zusatzpauschale bei Vermittlung der TSS (01710),
zwischen 45 und 114 Punkten, einmal im Arztgruppenfall

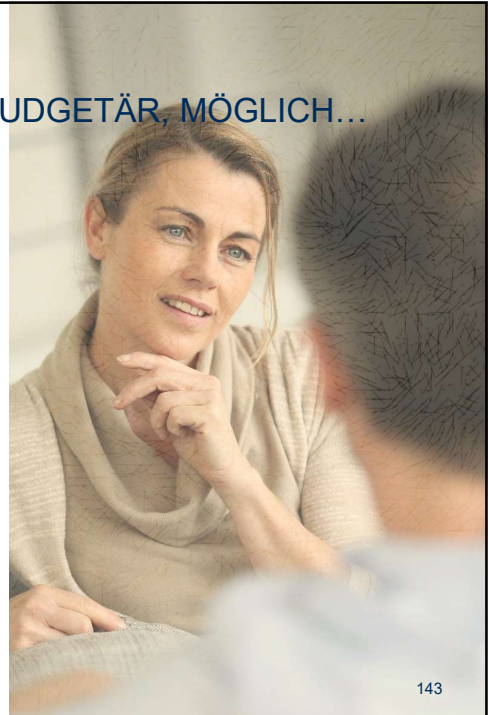


142

// EBM-FRÜHERKENNUNG | DAS IST, EXTRABUDGETÄR, MÖGLICH...

Krebsfrüherkennung (speziell) für Frauen

- Brustkrebs (Mammographiescreening (1750 – 01759)
- „allgemeine Krebsfrüherkennung“ mit Abtasten und Zervixkarzinomvorsorge (01760 – 01767)



EBM-FRÜHERKENNUNG | DAS IST, EXTRABUDGETÄR, MÖGLICH...

Krebsfrüherkennung (speziell) für Männer

- „allgemeine“ Krebsvorsorge (01731)
- Bauchortenaneurysma (einmalig) (01747 – 01748)



// EBM-FRÜHERKENNUNG | ...UND HIER ZUSAMMENGEFASST

Ihr persönlicher Gesundheits-Fahrplan

KINDER und JUGENDLICHE:
Der nächste Vorsorgetermin
Jugendlichen stehen zwei Jähreruntersuchungen zu, Kindern stehen 11 Untersuchungen zu.

Ihr nächster Check-up-Termin
19-35 | 1/2 | einmalig
ab 35 | 1/2 | alle 3 Jahre
• Geseitete Anamnese
• Körperliche Untersuchung
• Untersuchung der Blutfette, des Blutzuckers und des Urins
• Erklärung aller Untersuchungsergebnisse und Empfehlungen zur individuellen Vorsorge

Ihr nächstes Hautrisiko-Screening
ab 35 | 1/2 | alle 2 Jahre
• Geseitete Anamnese
• Untersuchung der gesamten Haut
• Beratung zum Untersuchungsergebnis

Geseitete Anamnese = Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten und ggf. Feststellung familiärer Risiken

FRAUEN: Ihre nächste Gebärmutterkrebs-Vorsorge

ab 20 | 1/2 | jährlich
• Geseitete Anamnese
• Untersuchung der Geschlechtsorgane
• Beratung zum Untersuchungsergebnis
• Gewebekörperchen vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal, im Anschluss mikroskopische Untersuchung der Zellen

ab 25 | 1/2 | alle 3 Jahre
• Geseitete Anamnese
• Untersuchung der Geschlechtsorgane
• Beratung zum Untersuchungsergebnis
• Gewebekörperchen vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal, im Anschluss mikroskopische Untersuchung der Zellen
• Labordiagnostik auf humane Papillomviren (HPV)

FRAUEN: Ihre nächste Brustkrebs-Früherkennung

ab 50 | 1/2 | jährlich
• Abtasten der Brust und der örtlichen Lymphknoten (Achselhöhlen)
• Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust

ab 50 | 1/2 | alle 2 Jahre
Bis zum Ende des 70. Lebensjahres - Sie werden per Post zur Untersuchung eingeladen
• Geseitete Anamnese
• Risikoprüfung (Mammographie-Screening) der Brust
• Information über das Untersuchungsergebnis

Lebensjahre empfohlen

FRAUEN: Ihr nächster Darmkrebs-Check

ab 50 | 1/2 | einmalig
• Beratung über Ziel und Zweck des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms

ab 50-54 | 1/2 | jährlich
• Test auf nicht sichtbares latentes Blut im Stuhl

ab 55 | 1/2 | alle 10 Jahre
• Patientenaufklärung zur Koloskopie
• Darmspiegelung (Koloskopie) alternativ zum Test auf okultes Blut im Stuhl

COSE
ab 55 | 1/2 | alle 2 Jahre
• Test auf nicht sichtbares latentes Blut im Stuhl

MÄNNER: Ihre nächste Prostata-Vorsorge

ab 45 | 1/2 | jährlich
• Geseitete Anamnese
• Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane
• Endermessung zur Untersuchung der Prostata
• Untersuchung örtlicher Lymphknoten
• Beratung zum Untersuchungsergebnis



// EBM-FRÜHERKENNUNG | GRUNDSÄTZLICHES ZUR LEISTUNGSLEGENDE



Inhalte der Legenden durch G-BA-Richtlinien festgelegt

// EBM-FRÜHERKENNUNG | GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG (1732)

formal

- Vergütung 326 Punkte
- Prüfzeit 15 Minuten
- zwischen 18 und 35 Jahren einmal
- ab 35 Jahren alle 3 Jahre
- Abrechnung Praxis 01732 und 32880 (Urinteststreifen, € 0,50)
- Abrechnung über LG 032881 (Glucose, € 0,25) und 32882 (Lipidprofil, € 1,00) - auf Muster 10A „Präventiv“ markieren



BIOSCIENTIA
LABORUM LABOR SERVICE



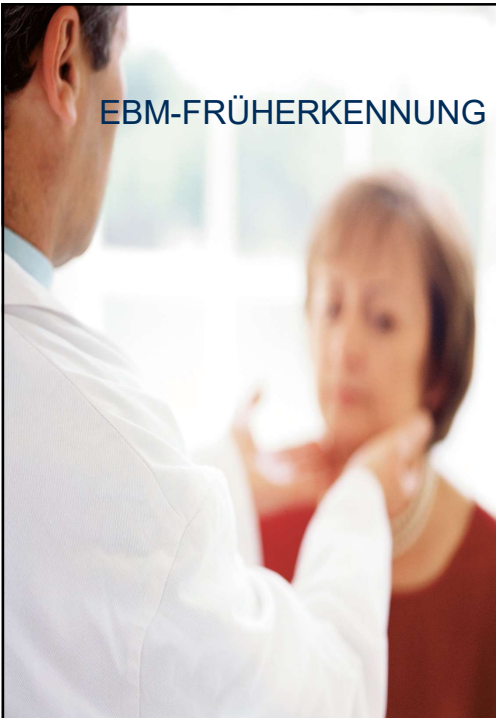
147

EBM-FRÜHERKENNUNG | GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG (1732)

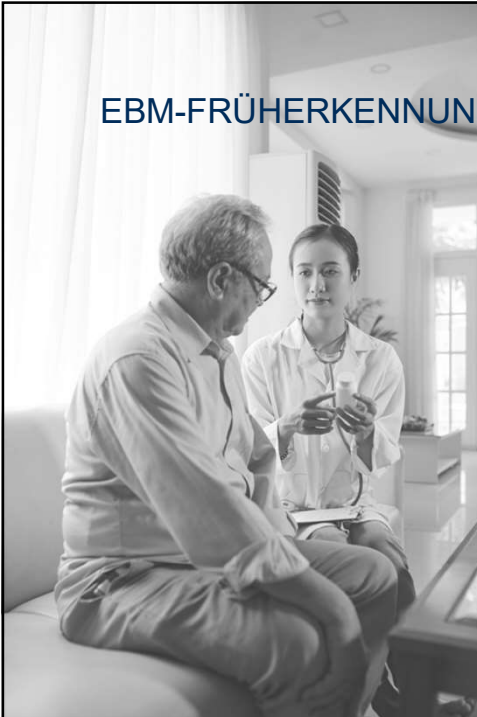
medizinisch

- ab 18 Jahre (nur) bei entsprechenden Risiken
Labor: Glucose und Lipide, kein Harnteststreifen
- ab 35 Laboruntersuchungen (Urintest, Glucose, Lipide)
- Risikofaktoren erfassen, familiäres Risiko berücksichtigen
- individuelle Empfehlungen zur Prävention
- Krebs: auf Früherkennung und familiäre Risiken hinweisen
- falls notwendig: kardiovaskuläres Risiko berechnen
- Impfen

148



EBM-FRÜHERKENNUNG | KREBSFRÜHERKENNUNG MANN (01731)



formal

- Männer ab 45 Jahren
- jährlich
- 144 Punkte | 7 Minuten

medizinisch (KFE-RL, § 25)

- Anamnese
- äußeres Genital (Inspektion und Palpation)
- Abtasten Prostata
- Palpation Lymphknoten

149

// EBM-FRÜHERKENNUNG | BAUCHAORTENANEURYSMA

Beratung (01747)

- Männer ab 65 Jahren, einmalig
- Aufklärung/Abgabe der Versicherteninfo
- 82 Punkte | 4 Minuten

Sonographie (01748)

- wenn Genehmigung vorliegt
- bei Auftragsleistung daneben 01600 aber nicht 01436 (präventiv)
- 124 Punkte | 5 Minuten
- werden 33042 (Abdomen) und 33043 (Uro-Genital) berechnet = Abschlag



150

EBM-FRÜHERKENNUNG | KREBSFRÜHERKENNUNG FRAU

Krebsfrüherkennung (01760er)

- jährlich
- Anamnese ohne Abstrich (01760)
- mit PAP-Abstrich (01761), ab 35 Jahre, alle 3 Jahre mit Co-Testung (PAP und HPV-PCR)

Mammographie (01750er)

- ab 50 Jahren, alle 2 Jahre

151

// EBM-FRÜHERKENNUNG | DARMKREBS – FÜR FRAUEN UND MÄNNER.

Übersicht

- ab 50 Jahre einmal (im Leben) Beratung
- ab 50 Jahre iFOBT - jährlich
- ab 55 Jahren iFOBT – alle 2 Jahre

oder Koloskopie, zweimal Mindestabstand 10 Jahre

- Männer ab 50 Jahre
- Frauen ab 55 Jahre

152

EBM-FRÜHERKENNUNG | DARMKREBS – FÜR FRAUEN UND MÄNNER

Abrechnung

- 01737 „Ausgabe und Weiterleitung....“ 57 Punkte, € 6,26
- 01740 „Beratung zur Früherkennung des kolorektalen [...] Ziel und Zweck [...] – einmalig: 116 Punkte, € 12,75, 5 Minuten

Koloskopie, Abrechnung durch Ärzte mit entsprechender Zulassung

153

EBM-FRÜHERKENNUNG | HAUTKREBS – FÜR FRAUEN UND MÄNNER

Leistungen

- ab 35 Jahre
- alle 2 Jahre
- Mit KV - Genehmigung

Abrechnung

- 01745 „....auf Hautkrebs“: 253 Punkte, 13 Minuten
- 01746 als Zuschlag auf die 01732 (GU): 209 Punkte, 10 Minuten
- Dermatoskop muss vorliegen (seit 01.04.2020)
- auffällige Befunde beim Hausarzt müssen vom Facharzt überprüft werden

154

// EBM-FRÜHERKENNUNG | CHANCEN FÜR DIE PRAXIS

- viele Präventionsleistungen wie 01731, 01732, 01734, 01737, 01746, 01747 (01748) dürfen nebeneinander angerechnet werden – wenn die Bedingungen erfüllt sind
- Zeitvorgaben beachten – ein umfangreiche Vorsorge kann gut 60 Minuten verbrauchen

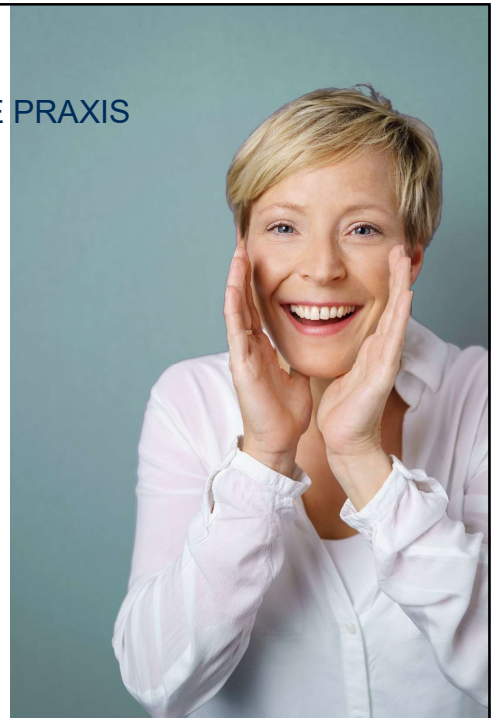


// EBM-FRÜHERKENNUNG | CHANCEN FÜR DIE PRAXIS

Beispiel: Patient männlich 43 Jahre

- ~~01731 Krebsfrüherkennung~~
- 01732 Gesundheitsuntersuchung
- 01746 Hautkrebsfrüherkennung (Zuschlag)
- ~~01737 Darmkrebsfrüherkennung~~
- ~~01740 Beratung Darmkrebs~~
- ~~01747 Bauchaortenaneurysma (Aufklärung)~~
- ~~01748 Sonographie~~

extrabudgetär: ca. € 55,-



EBM-FRÜHERKENNUNG | CHANCEN FÜR DIE PRAXIS



Beispiel: Patient männlich 58 Jahre

- 01731 Krebsfrüherkennung
- 01732 Gesundheitsuntersuchung
- 01746 Hautkrebsfrüherkennung (Zuschlag)
- 01737 Darmkrebsfrüherkennung
- 01740 Beratung Darmkrebs
- ~~01747 Bauchaortenaneurysma (Aufklärung)~~
- ~~01748 Bauchaortenaneurysma (Sonographie)~~
extrabudgetär: ca. € 75,-

// EBM-FRÜHERKENNUNG | CHANCEN FÜR DIE PRAXIS

Beispiel: Patient männlich 67 Jahre

- 01731 Krebsfrüherkennung
- 01732 Gesundheitsuntersuchung
- 01746 Hautkrebsfrüherkennung (Zuschlag)
- 01737 Darmkrebsfrüherkennung
- 01740 Beratung Darmkrebs
- 01747 Bauchaortenaneurysma (Aufklärung)
- 01748 Sonographie

extrabudgetär: ca. € 100,-



Hepatitis-Screening 01734/01744 € 4,57 möglich

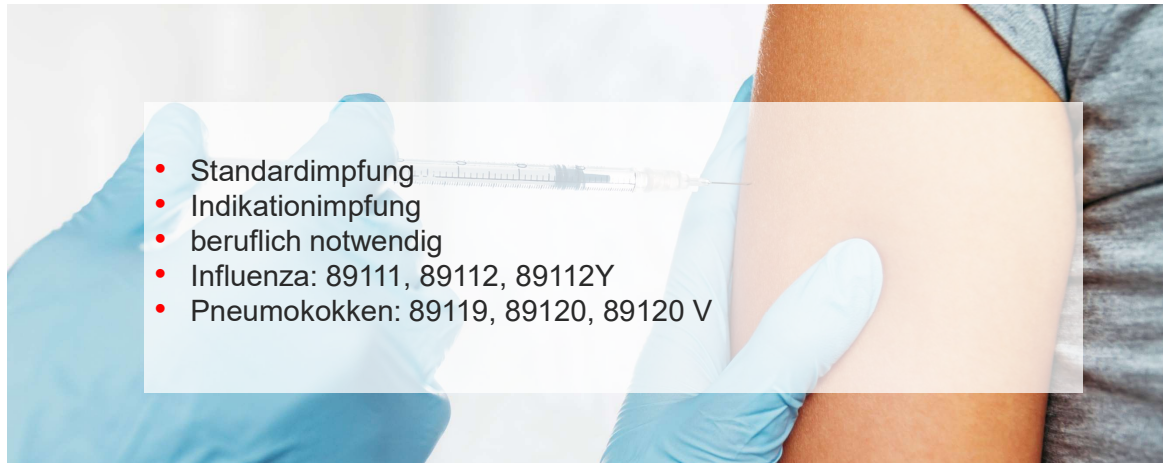
// EBM-FRÜHERKENNUNG | CHANCEN FÜR DIE PRAXIS

- Anspruchsberechtigte ansprechen/einladen
- Folgetermin(e) direkt vereinbaren (Recall einrichten)
- Vorsorgeprogramm individuell erweitern (IGeL)
- gute medizinische Versorgung
- Extrabudgetäres Honorar (Download)

// VORSORGE | IMPFUNGEN NICHT VERGESSEN

- medizinisch sinnvoll
- unbudgetiert
- keine „nicht neben“ Einschränkungen
- Vergütung zwischen € 7,- bis € 25,- „all inclusive“
- abhängig von KV, Impfung und Kasse

// VORSORGE | IMPFUNGEN ABRECHNEN





Klein Chirurgie und Wundmanagement

// EBM-KLEINCHIRURGIE | „KLEINKRAM“ LOHNT AUCH

Grundsätzliches

- klein, groß, lokal usw. ist unter allgemeinen Bedingungen (4.3.1) definiert
- Lokal- und Leitungsanästhesien sind Bestandteile der GOPs
- setzt Eröffnung der Haut/Schleimhaut oder Wundversorgung voraus
- allgemein akzeptiert: 02300 – 02302 bis zu 5mal am Behandlungstag
- viele Ausschlüsse, da andere „operative“ Eingriffe diese Leistungen enthalten



// EBM-KLEINCHIRURGIE | „KLEINKRAM“ LOHNT AUCH

02300 | Kleinchirurgischer Eingriff I, primäre Wundversorgung, Dauer bis zu 5 min“ **68 Punkte**, 3 Minuten

02301 | Kleinchirurgischer Eingriff II primäre Wundversorgung bei Säuglingen/Kinder/Kleinkinder **und/oder** mit Naht, Abszess öffnen usw. : **133 Punkte**, 5 Minuten

02302 | Kleinchirurgischer Eingriff III primäre Wundversorgung mit Naht bei Säuglingen/Kinder/Kleinkinder **und/oder** Narben schleifen, Exzision Geschwulst Gesicht, usw. : **239 (230) Punkte**, 8 (10) Minuten



// EBM-KLEINCHIRURGIE | GOPS NACH ALTER

02300 | primäre Wundversorgung bei Erwachsenen/Jugendlichen

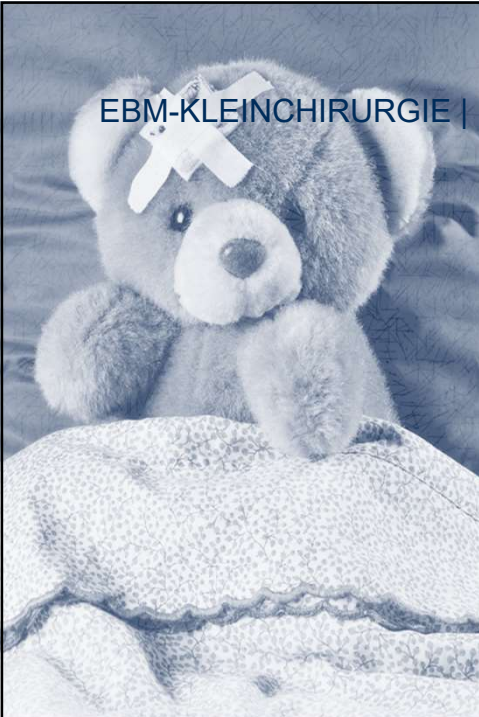
02301 | primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern, Kinder (bis vollendetem 12. Lebensjahr)

02301 | primäre Wundversorgung mit Naht bei Erwachsenen und Jugendlichen

02302 | primäre Wundversorgung Säuglingen, Kleinkindern, Kinder mit Naht



EBM-KLEINCHIRURGIE | KOMBINATION IST MÖGLICH



Kind 6 Jahre nach Fahrradsturz

- 02301 x 2 Versorgung der Verletzungen am Ellenbogen (re., li.)
- 02302 Versorgung und nähen der Wunde am Knie
- Lokalitäten in der Abrechnung angeben

04002, Versichertenpauschale, wenn das Kind noch nicht in der Praxis war

// EBM-WUNDEN | SEKUNDÄR HEILENDE / DECUBITALUCUS

02310 | Behandlung [...] sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

- mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall
- nicht neben 02312, 02313, 02350 und 15323
- im Behandlungsfall neben anderen Wundbehandlungen, 02300 – 02302, 02311, 02360...
- nicht möglich 21 Tagen nach Leistungen aus dem Kapitel 31.2 (ambulantes Operieren) und nicht neben Leistungen aus dem Kapitel 31.4 (Post-OP Behandlungskomplexe)



// EBM-WUNDEN | DIABETISCHER FUSS

02311 | Behandlung des diabetischen Fußes: **138**
(140) Punkten 4 (5) Minuten

- je Bein, je Sitzung, keine Begrenzung im Behandlungsfall
- Genehmigung der KV notwendig
- das Muss: 4 Quartale vor Antragstellung je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Diabetikern nachgewiesen werden und...
- ...die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen nachgewiesen werden (gilt nicht für Chirurgen, Orthopäden, Dermatologen)



// EBM-WUNDEN | ULCERA CRURIS

02312 | Behandlungskomplex eines oder mehrerer
chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris*: **55 Punkte 2**
Minuten

- je Bein (mehrere Ulcera), je Sitzung, Höchstwert 4.277 pro Arztfall
- mehrere Sitzungen am Tag möglich
- Im Behandlungsfall u. a. nicht neben Kleinchirurgie (02300 – 02302) und 02311
- Fotodokumentation (analog oder digital)
- arterielle Ulcera abrechnen nach 02310

*„offenes Bein“



// EBM-WUNDEN | KOMPRESSIIONSTHERAPIE

02313 | Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem: **50** Punkte, 1 Minute

- je Bein, je Sitzung, Höchstwert 3.750 pro Arztfall
- für Anlegen eines individuellen nicht eines handelsüblichen Strumpfes
- u. a. nicht neben 02310, 02311 und 2312 (Kompression ist dort obligat enthalten)
- Dokumentation Beinumfang an 3 Messpunkten zu Beginn, dann alle 4 Wochen – Fotodokumentation nicht erforderlich
- apparative Kompressionstherapie nach 30401



// EBM-WUNDEN | VAKUUMVERSIEGELUNGSTHERAPIE

02313 | Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs [...]“: **135** Punkte, 4 Minuten

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- durch andere Behandlungsmethoden ist keine Heilung zu erwarten
- nur durch bestimmte Arztgruppen, bei primären und sekundärem Wundverschluss unterschiedliche – Hausärzte nur sekundärer
- in ein Behandlungskonzept einbinden - dokumentieren
- es müssen zertifizierte Medizinprodukte eingesetzt werden





EBM | ARZTGRUPPENSPEZISCHE GEBÜHRENORDNUNGSPPOSITIONEN



Allgemeine Bestimmungen EBM

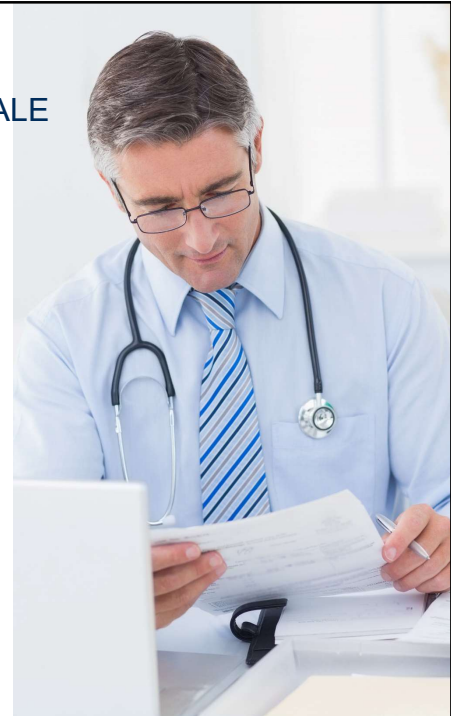
// EBM | WARUM KINDERÄRZTE NUR „NEBENBEI“

Grundlagen, Legenden etc. zumeist identisch,
der Unterschied ist (meistens) nur eine 4 in
der GOP: 03001 und 04001



// EBM | 0300/04000 DIE VERSICHERTENPAUSCHALE

- werden beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet – natürlich mit einer Ausnahme
- einmal im Behandlungsfall
- enthaltene Leistungen in Anlage 1 des EBM



EBM | VERSICHERTENPAUSCHALE NACH ALTER



03001 | bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

03002 | ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
(oder von 5 -18)

03003 | ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
(oder von 19 - 54)

03004 | ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
(oder von 55 - 75)

03005 | ab Beginn des 76. Lebensjahr (oder ab 75)

Identisch für Kinderärzte 04001 - 04005

Grundlagen, Legenden etc. zumeist identisch, der Unterschied ist
(meistens) nur eine 4 in der GOP: 03001 und 04001

177

// EBM | VERSICHERTENPAUSCHALE BEWERTUNG

03001 | **225**, 16 Minuten

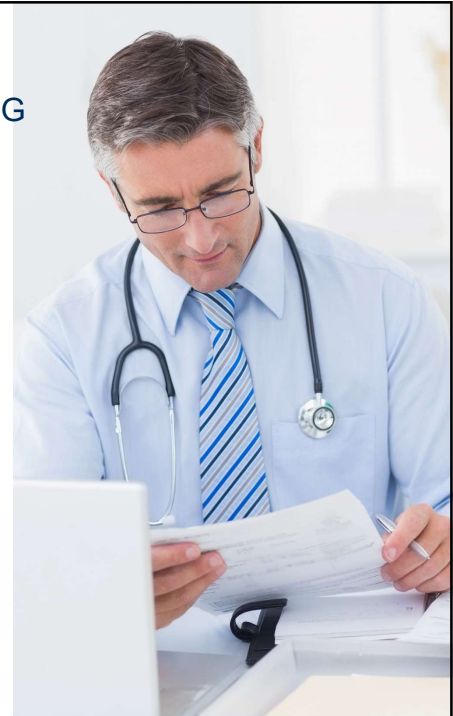
03002 | **142**, 11 Minuten

03003 | **114**, 9 Minuten

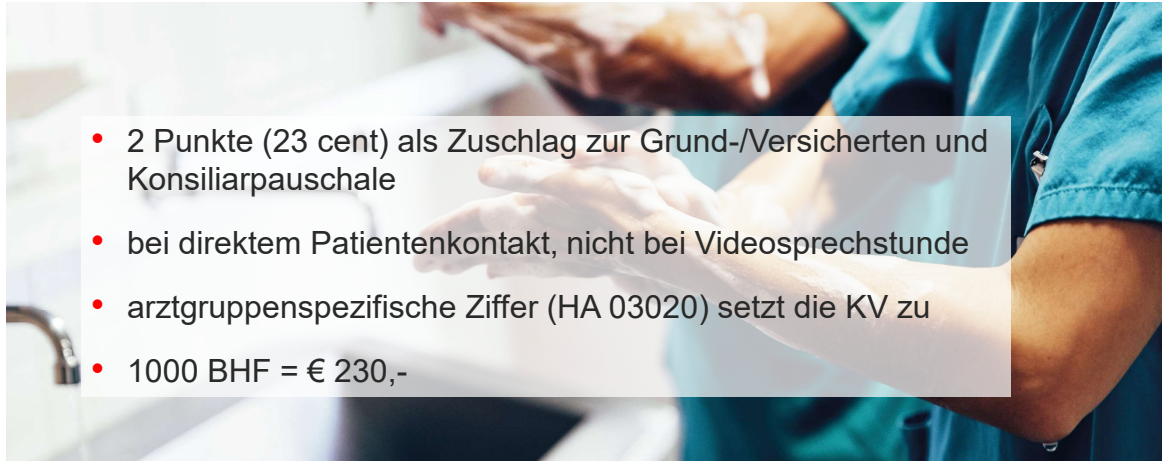
03004 | **148**, 11 Minuten

03005 | **200**, 16 Minuten

Identisch für Kinderärzte

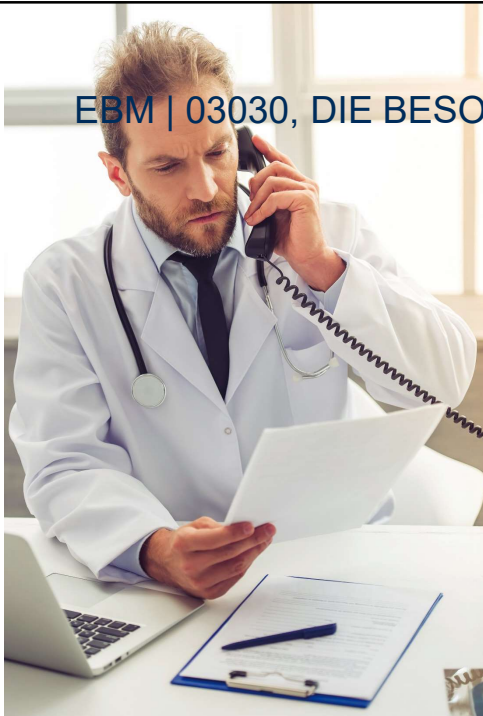


// HYGIENEZUSCHLAG SEIT 01.01.2022



- 2 Punkte (23 cent) als Zuschlag zur Grund-/Versicherten und Konsiliarpauschale
- bei direktem Patientenkontakt, nicht bei Videosprechstunde
- arztgruppenspezifische Ziffer (HA 03020) setzt die KV zu
- 1000 BHF = € 230,-

EBM | 03030, DIE BESONDERE VERSICHERTENPAUSCHALE



03030 | Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme || 77 (77) Punkte

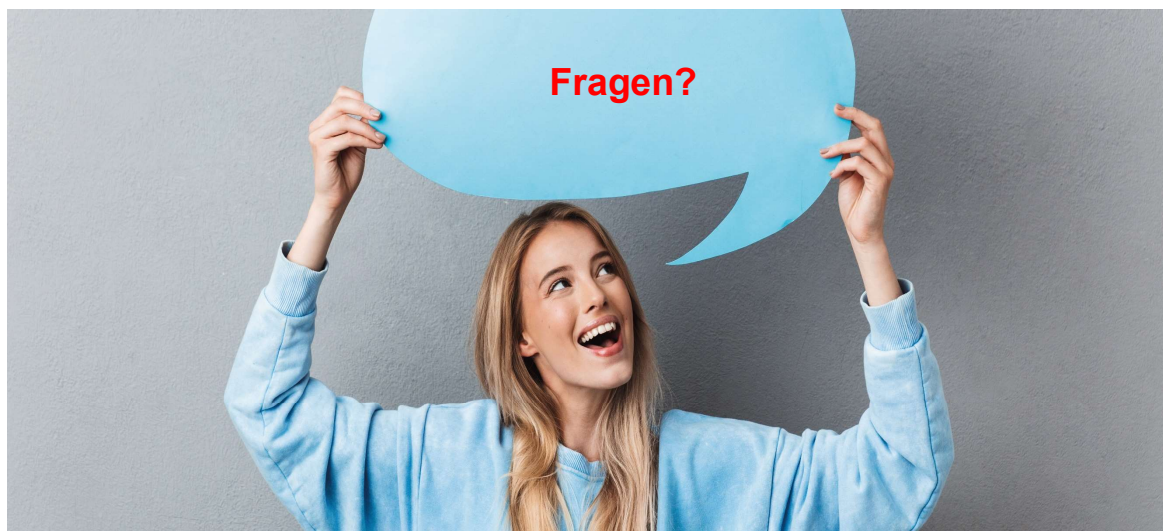
- Anstelle der 03000, wenn Arzt-Patientenkontakt nur durch unvorhergesehene Inanspruchnahme (01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415) durch den Patienten
- zweimal im Behandlungsfall
- enthaltene Leistung im Anhang 1

Beispiel: 01100 (196 Punkte) und 03030 (77 Punkte)

// EBM | ZUR VERSICHERTENPAUSCHALE KOMMT (FAST) IMMER

03040 | **Zusatzpauschale** zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags...|| **138 Punkte**

- setzt die KV automatisch zu
- bestimmte Leistung schließen diese Ziffer aus (Download)
- 03030 neben der 03040, Abschlag 50%, bei zweimaliger Berechnung kein Abschlag
- < 400 Behandlungsfälle, Abschlag 14 Punkten
- > 1.200 Behandlungsfälle, Aufschlag 14 Punkte



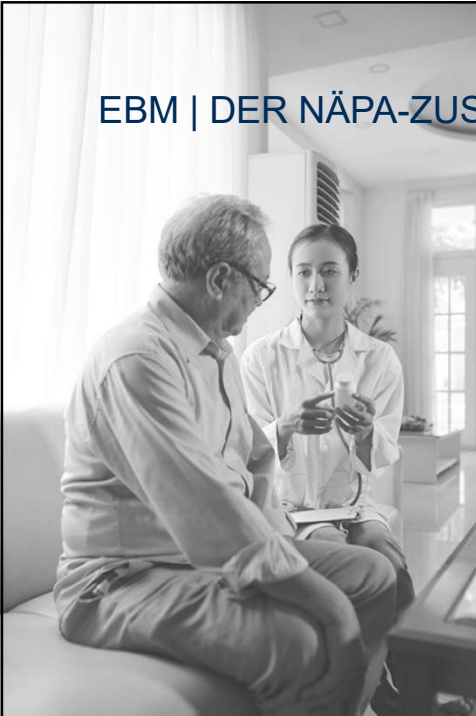


MFA-Besuch

die 03060ziger für Hausärzte und
Kapitel 38 „Delegationsfähige Leistungen“ auch für Hausärzte

BIOSCIENTIA
PATIENTEN CARE SERVICE

EBM | DER NÄPA-ZUSCHLAG



03060 | Zuschlag zur GOP 03040 - der NÄPA-Zuschlag || 22
(22) Punkte

- nur durch Hausärzte
- Genehmigung der KV notwendig
- Nachweis einer speziell ausgebildeten MFA – die NÄPa
- Mindestanzahl Fälle (> 700 BHF oder > 120 über 75 Jahre)
- ergänzt die KV

03061 | Zuschlag zur GOP 03060 - der NÄPA-Zuschlag || 12
(12) Punkte

- Bedingungen wie bei 03060

Höchstwertbegrenzung für 03060/61 (23.800 Punkte)

184

// EBM | DIE LEISTUNGEN DER NÄPA...

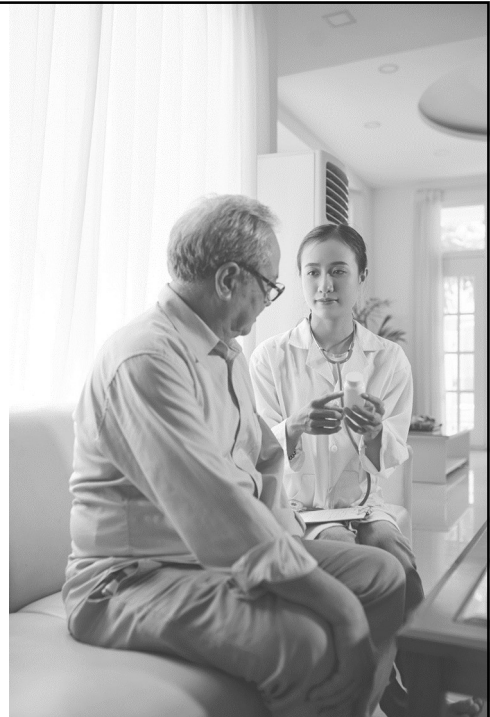
03062 | Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
anderer Personen || **166** Punkte

03063 | Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
anderer Personen für einen weiteren Patienten ||
122 (122) Punkte

03064 | Zuschlag zur GOP 03062 || **20** (20) Punkte

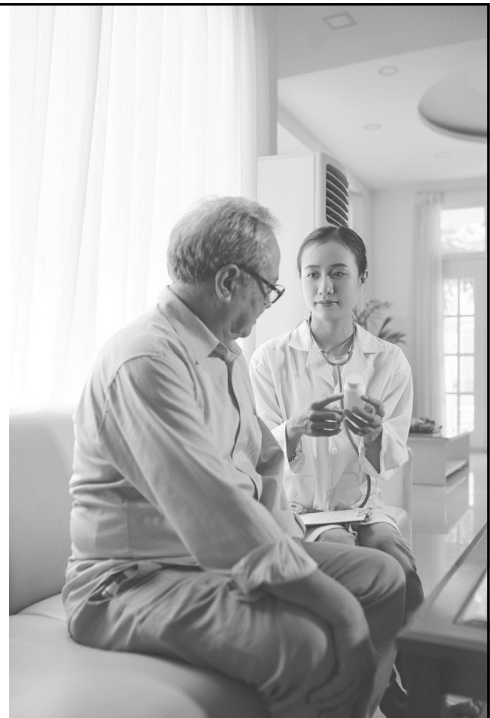
03065 | Zuschlag zur GOP 03063 || **14** (14) Punkte

Zuschläge setzt die KV ein



// EBM | DIE LEISTUNGEN DER NÄPA...

- für Besuch zu Hause, Alten- und Pflegeheim, beschützende Einrichtungen
- Versichertenpauschale muss mit abgerechnet (aktuelles Quartal oder das davor)
- außerdem postoperative Betreuung nach Ziffer 31600 (03062 = 1. Besuch, 03063 ab 2. Besuch)

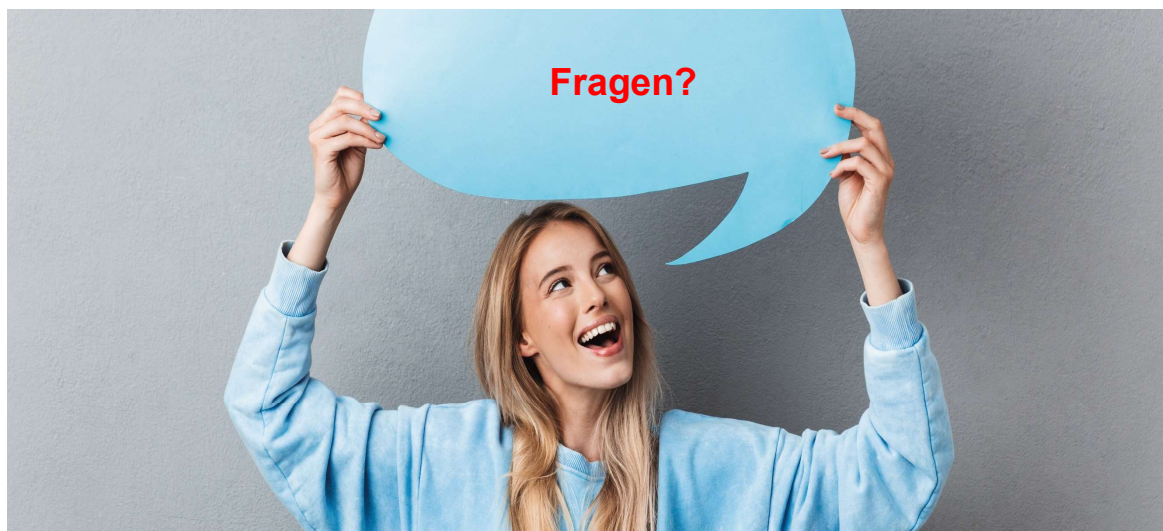
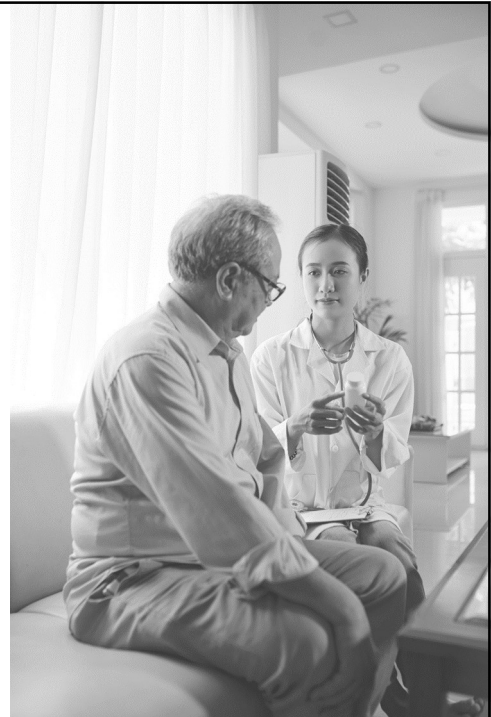


// EBM | BESUCHE IM KAPITEL 38.1

Besuche durch qualifiziertes Praxispersonal ohne Mindestzahl an Behandlungsfällen

Zwei Möglichkeiten

- MFA - Besuch ohne KV-Genehmigung EBM-Ziffern 38100 und 38105
- NäPa - Besuch mit KV-Genehmigung: EBM-Ziffern 38200, 38202, 38205 und 38207 – als Zuschlag auf die 38100 und 38105

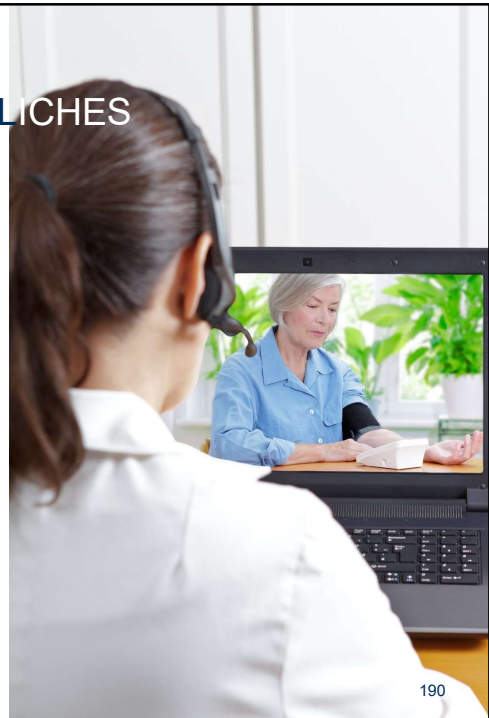




// VIDEOSPRECHSTUNDE | GRUNDSÄTZLICHES

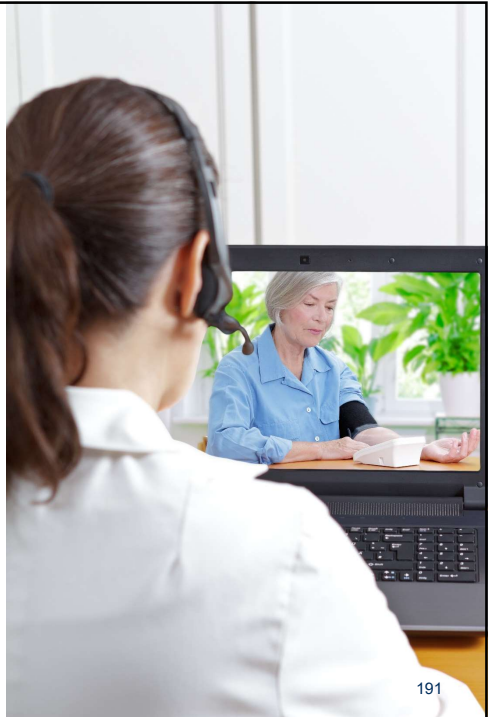
Videosprechstunde ist (fast) ein normale Sprechstunde

- die „normale“ Versichertenpauschale wird abgerechnet – die 03030/04030 nicht
- Patient muss der Praxis nicht bekannt sein
- **NEU!** maximal 30 % der Behandlungsfälle



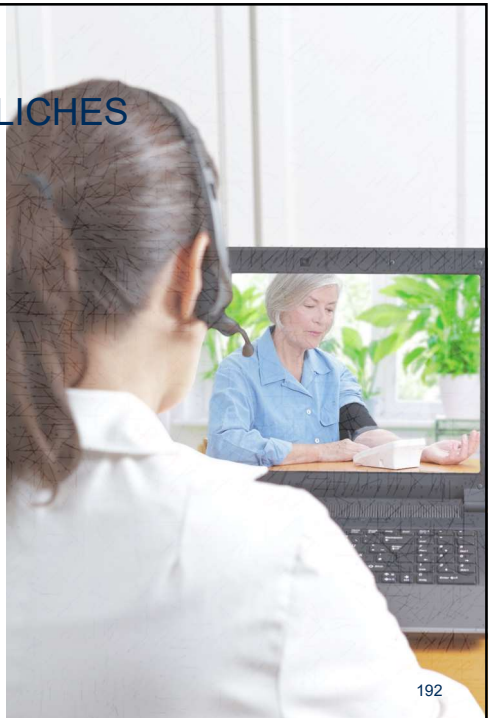
// VIDEOSPRECHSTUNDE | WANN IDEEN

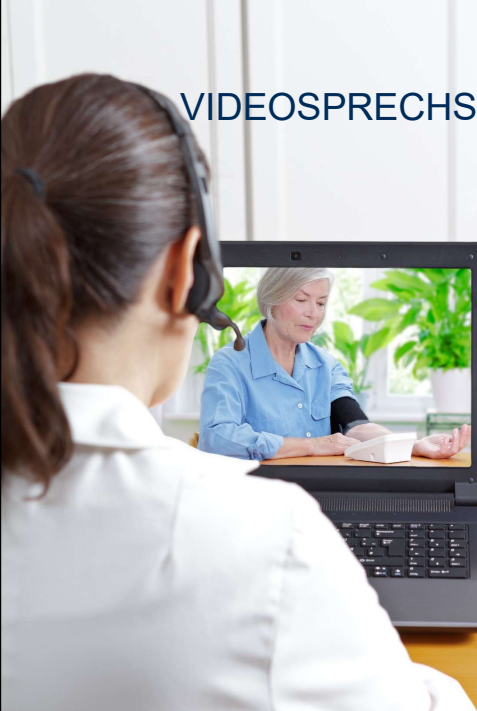
- Termine bei „Erkältung“ oder „Magen Darm“
- „Wundkontrolle“
- Termine mit Pflegepersonal
- anstelle Telefonsprechstunde



// VIDEOSPRECHSTUNDE | GRUNDSÄTZLICHES

- Zuschläge wie die 03040, 03060/61 usw. können ebenfalls berechnet werden – mit Abschlagsregelung wie bei der Versichertenpauschale
- werden beim Chronikerzuschlag berücksichtigt (max. 1 der 2 der geforderten persönlichen Kontakte)
- Zusatzziffer 01444 und 01450 zur Förderung der Videosprechstunde





VIDEOSPRECHSTUNDE | GRUNDSÄTZLICHES

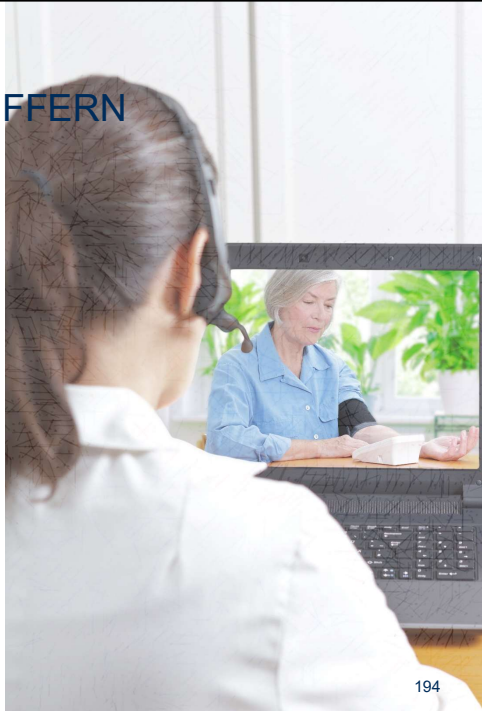
- ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt
fachgruppenspezifischer Abschlag, zwischen 20% und 30% | Haus-/Kinderärzte -20%
- **88220** angeben, wenn kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Abschlag entfällt, wenn Patient in die Praxis kommt

193

// VIDEOSPRECHSTUNDE | SPEZIELLE ZIFFERN

01442 | Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften || 86 (64) Punkte

- dreimal im Krankheitsfall
- In den letzten drei Quartalen (aktuelle eingeschlossen) muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben



BIOSCIENTIA
DIAGNOSTIK LABOR SERVICE

194



VIDEOSPRECHSTUNDE | SPEZIELLE ZIFFERN

- 01444 | Zuschlag Authentifizierung || 10 Punkte (verlängert bis Ende 2022)
- 01450 | Zuschlag Videosprechstunde || 40 Punkte

- ✓ etwa € 4,50*
- ✓ durch die Höchstwerte pro Arzt max ca. € 200,- Honorar

* mit Authentifizierung (GOP 01444) ca. € 5,60

195

// VIDEOSPRECHSTUNDE | IM NOTDIENST

- nur Vertragsärzte
- bei den Ziffern 01210 und 01212 Abschlag 10%
- weitere Inanspruchnahme 01214, 01216, 01218 auch via Videosprechstunde möglich
- 01440 und 01450 möglich
- keine Obergrenze (die 30%) – Fälle werden nicht für die 30 % im Praxisbetrieb berücksichtigt
- Erschwerniszuschlag nach 01223, 01224 und 01226 können nicht via Videosprechstunde



BIOSCIENTIA
MEDICIN. LABOR. SERVICE.

// TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ (TSVG)



Extrabudgetäre Abrechnungschancen

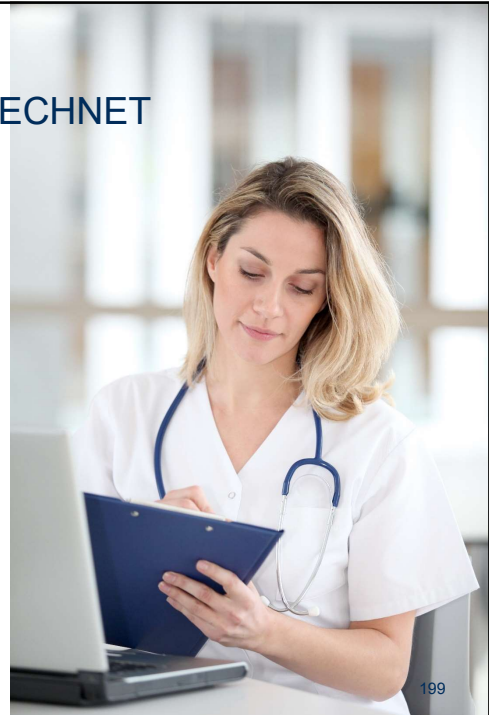
//



TSS-Terminfälle

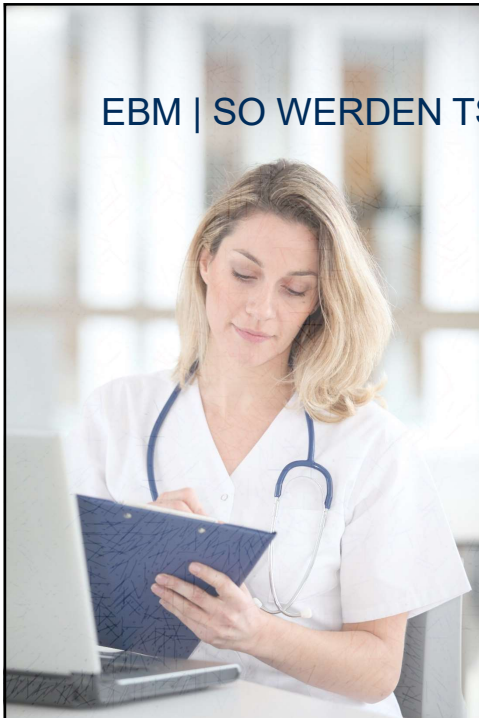
// EBM | SO WERDEN TSS-FÄLLE ABGERECHNET

- Praxis markiert unter „Vermittlungsart“ den Schein als TSS-Termin – stellt sicher, dass der Fall extrabudgetär für den Arztgruppenfall ist.
- Praxis erhält einen Zuschlag auf die Versichertenpauschale.
- Die Ziffern sind arztgruppenspezifisch (z. B. HA 03010, KA 04010)



EBM | SO WERDEN TSS-FÄLLE ABGERECHNET

- Zuschlaghöhe (20 %, 30 %, 50 %) abhängig von Zeit bis zum Termin nach Anruf des Patienten in der TSS (=Tag 1)
- Zeitraum wird dokumentiert durch Kennzeichnung der Ziffer mit B, C, D z. B. 03010 B
- Ziffer A gilt für den TSS-Akutfall (Termin innerhalb von 24h).



// EBM | DAS TSVG HAT NOCH GEBRACHT

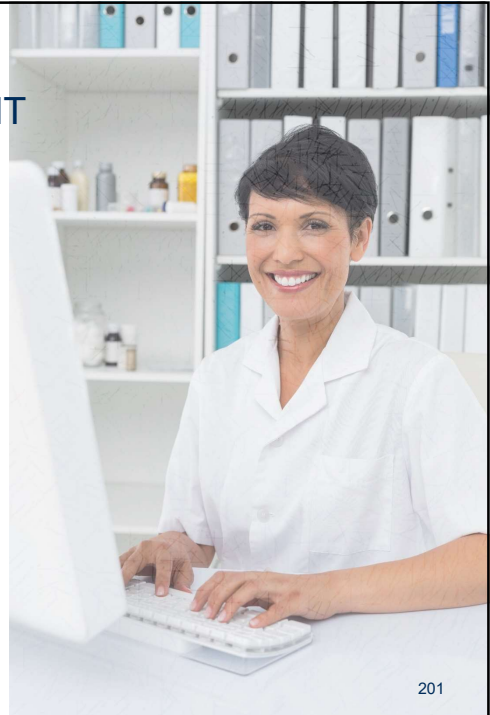
03008/04008 | Vermittlung dringenden
Facharzttermin || **93** (93) Punkte

- Abrechnung Ziffer + BSNR des FA*
- wenn der Termin innerhalb von 4 Kalendertagen ist – unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrnimmt.
- Tag 1 ist der Tag nach Feststellung | Montag festgestellt – Dienstag ist Tag 1
- Auch nicht, wenn der Patient im selben Quartal in der Facharztpraxis war (nachfragen).



* für den FA ist das ein vermitteltler Termin

201

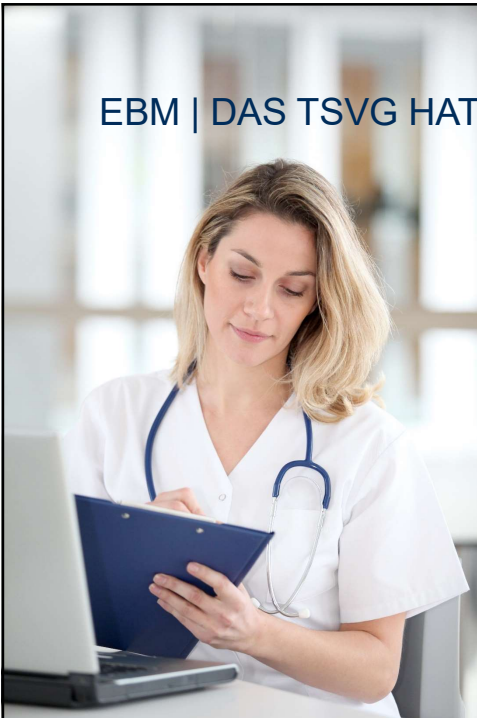


EBM | DAS TSVG HAT NOCH GEBRACHT

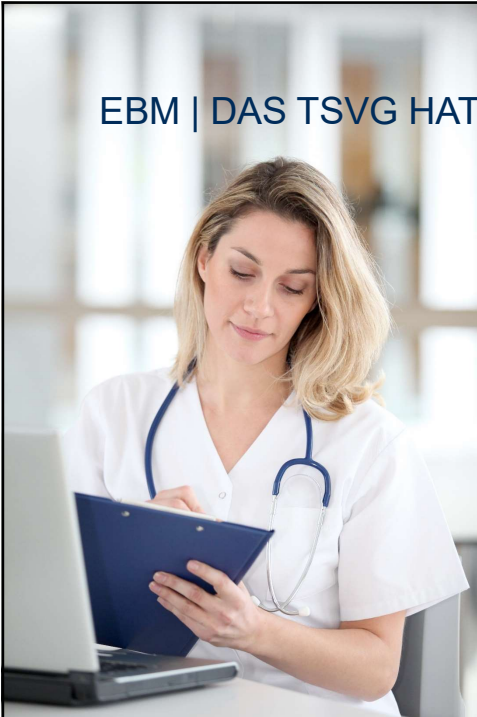
Neuer Patient

- Patient kommt erstmals oder nach zwei Jahren in die Praxis
- Patienten im Bereitschaft- oder Notdienst sind keine Neupatienten...
- ...diese Patienten sind offiziell seit 01.01.2022 nicht in der Praxis gewesen – wichtig für den Zeitraum 2 Jahre
- extrabudgetäre Vergütung, begrenzt auf zwei Arztgruppen pro Praxis (Schein mit „Neupatient“)

202



EBM | DAS TSVG HAT NOCH GEBRACHT

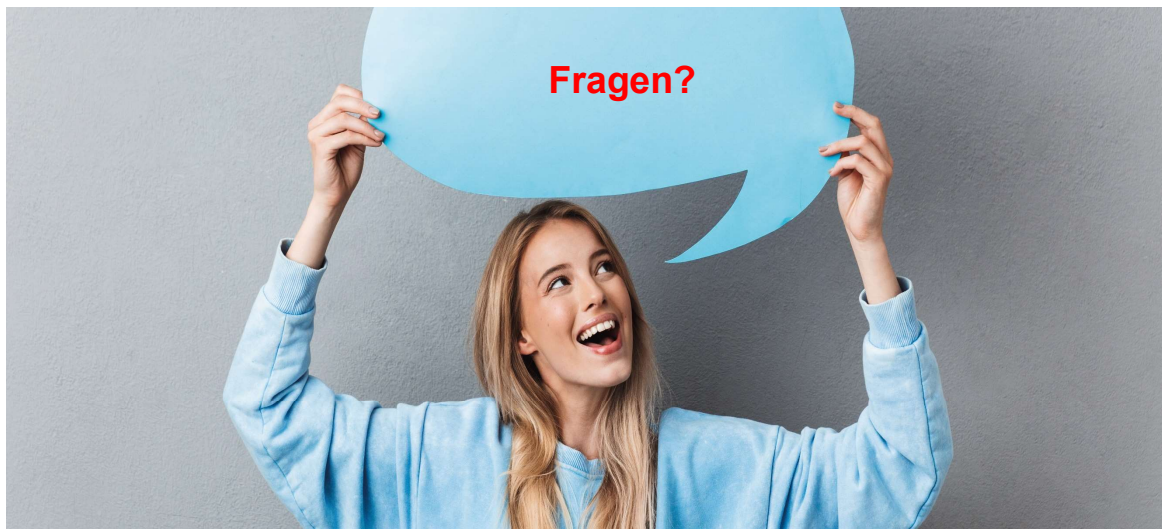


Offene Sprechstunde

- bestimmte Arztgruppen müssen pro Woche 5 freie Sprechstunden anbieten. (Schein „offene Sprechstunde“)
- bis zu 17,5 % der Fälle
- der Patient muss „nur“ ohne Termin kommen, nicht in die offene Sprechstunde

203

//



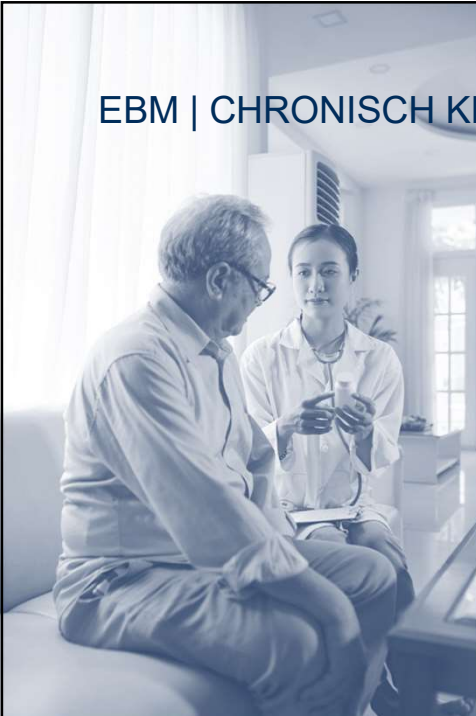
 BIOSCIENTIA
MEDICIN. LABOR. SERVICE.



Intensive Betreuung Chroniker und Gespräche

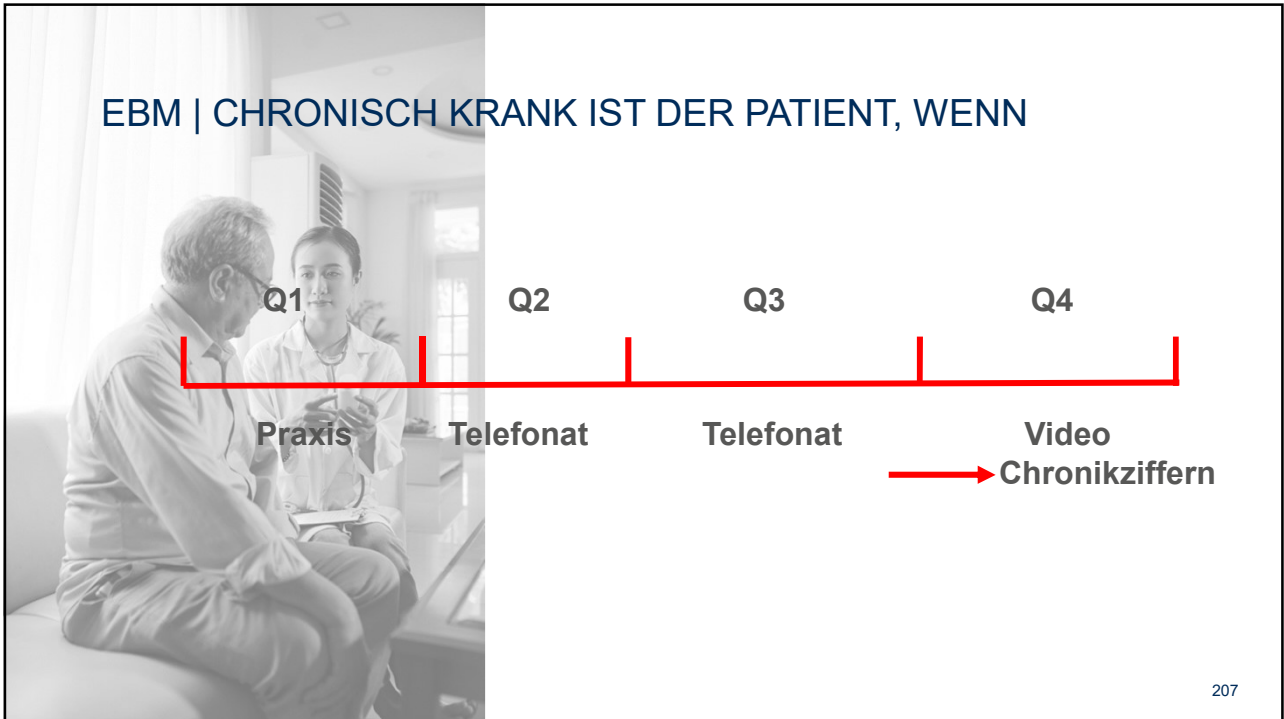


EBM | CHRONISCH KRANK IST DER PATIENT, WENN



- Patient hat eine Erkrankung, die dauerhaft behandelt werden muss (ICD-10-Code angeben) und
- 4 Quartale incl. des aktuellen wegen derselben Erkrankung
- mindestens je 1 Arzt-Patienten-Kontakt
- 2 davon müssen persönlich sein (1 Video), die andere können telefonisch sein

206



// DIE CHRONIKERZIFFERN

A photograph of a male doctor in a white lab coat and glasses, smiling as he looks at a document. An elderly female patient is also smiling and looking at the document. A white text box is overlaid on the image with the text '03220, 03221 und 03222'.

03220, 03221 und 03222

BIOSCIENTIA
MEDICIN LABOR SERVICE

// EBM | DIE ZIFFERN FÜR DEN BETREUUNG DES CHRONIKERS

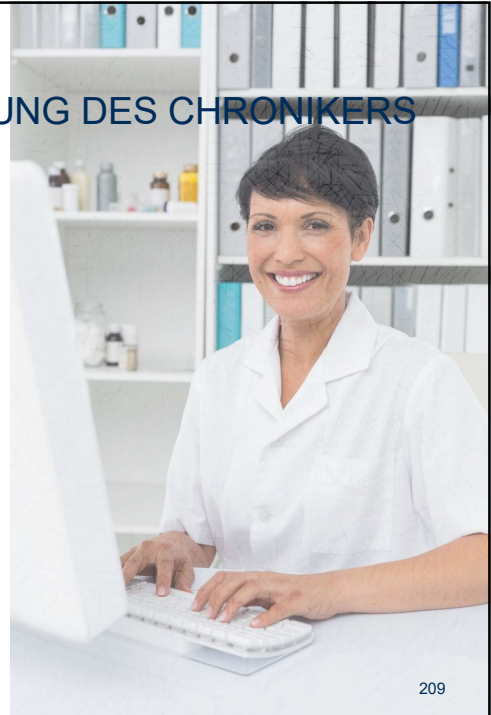
03220 | Zuschlag auf die 03000 für die Betreuung chronisch Kranker || **130** Punkte, 8 Minuten

ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

03221 | Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung || **40** Punkte, 2 Minuten

mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

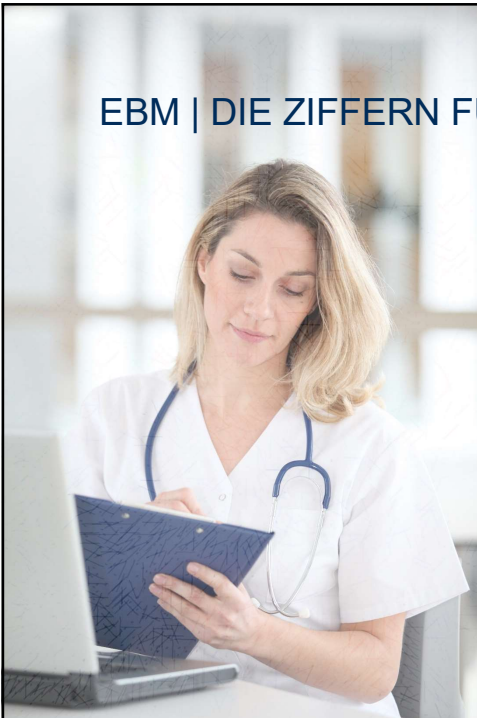
Beide Ziffer dürfen einmal im Behandlungsfall eingesetzt werden.



EBM | DIE ZIFFERN FÜR DEN BETREUUNG DES CHRONIKERS

03222 | Medikationspauschale, Zuschlag zur GOP 03220 || **40** Punkte

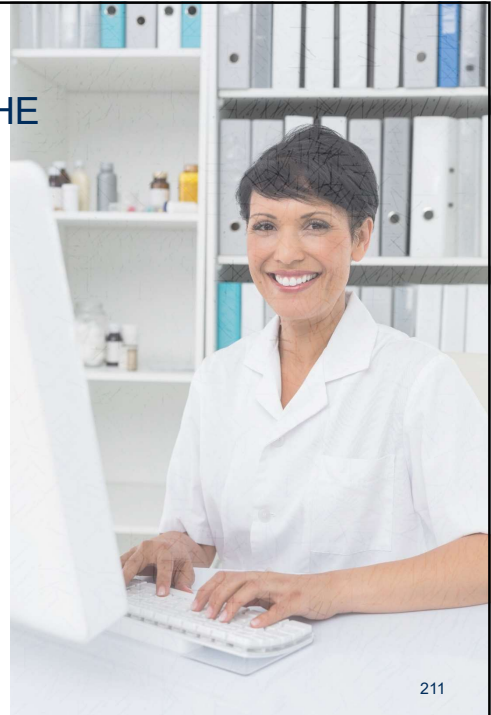
Setzt die KV zu



// EBM | FÜR AUSFÜHRLICHE GESPRÄCHE

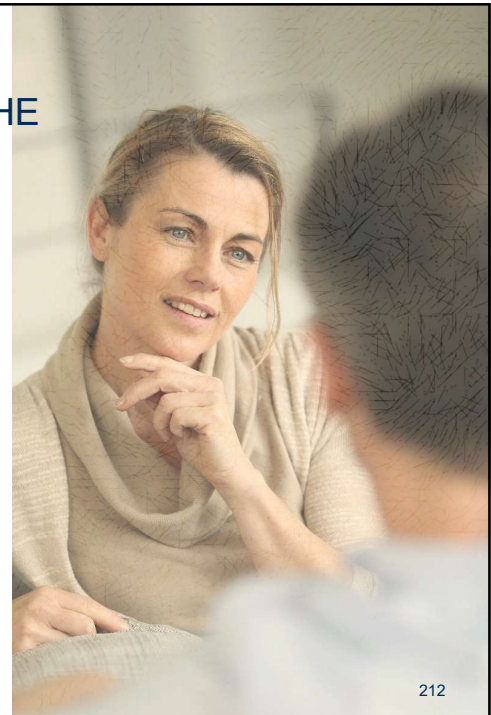
03230 | Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist
 || **128** Punkte, 10 Minuten

- mindestens 10 Minuten mit dem Patienten oder einer Bezugsperson
- je vollendete 10 Minuten, bei einem 22 minütigen Gespräch zweimal



// EBM | FÜR AUSFÜHRLICHE GESPRÄCHE

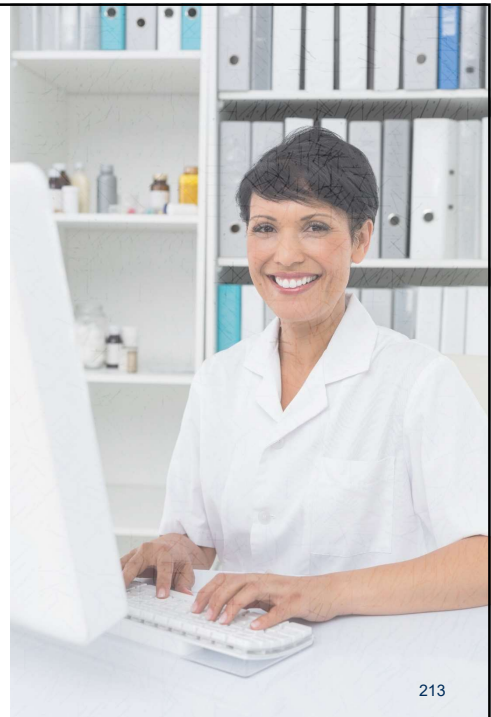
- kann bei Telefonaten nicht eingesetzt werden
- in der Videosprechstunde möglich
- im Notfall nicht



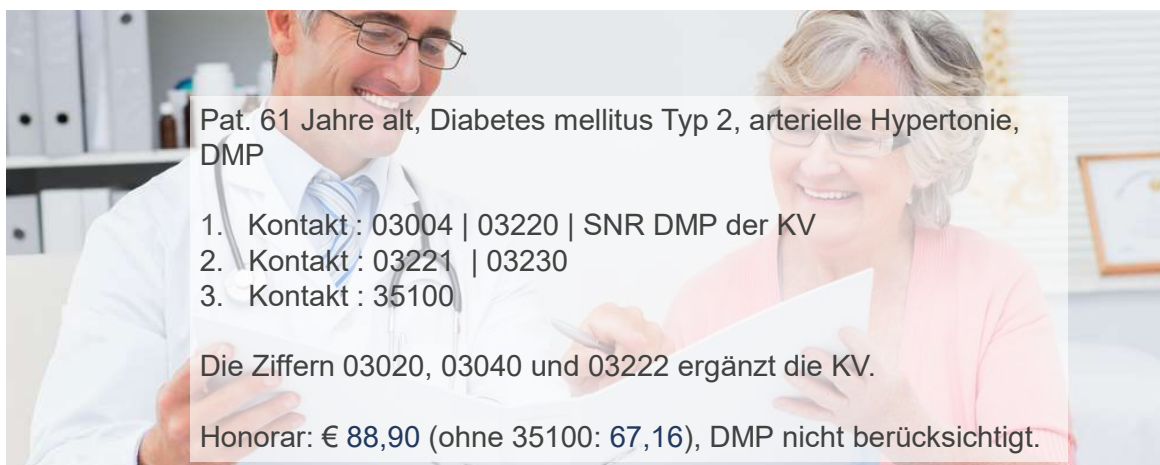
// EBM | AUSFÜHRLICHE GESPRÄCHE...

- ...gibt es ein Budget
- berechnet BHF x 64

Das bedeutet bei 1000 BHF kann die Ziffer 500mal benutzt werden (64.000 / 128)



// EBM | CHRONIKER-BEISPIEL HAUSARZTPRAXIS



Pat. 61 Jahre alt, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, DMP

1. Kontakt : 03004 | 03220 | SNR DMP der KV
2. Kontakt : 03221 | 03230
3. Kontakt : 35100

Die Ziffern 03020, 03040 und 03222 ergänzt die KV.

Honorar: € 88,90 (ohne 35100: 67,16), DMP nicht berücksichtigt.

// EBM | WIE SIEHT ES BEI DEN KINDERÄRZTEN AUS?

Identische Regelungen – nur die Ziffern haben die „Vier“ 04220, 04221, 04222, 04230

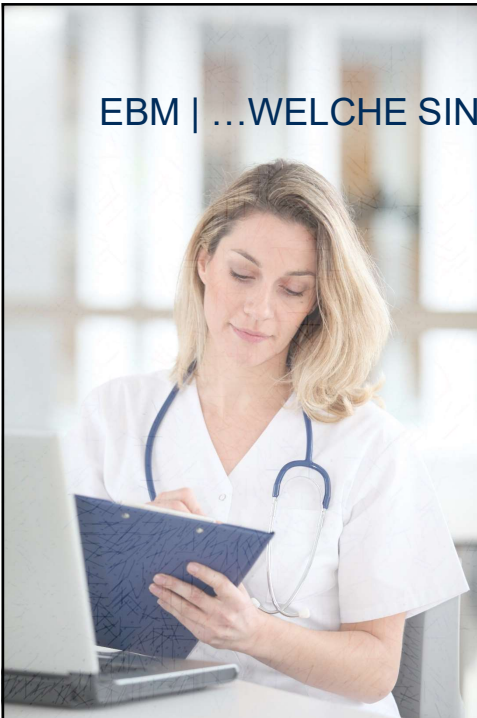


//



 BIOSCIENTIA
MEDIZIN | LABOR | SERVICE

EBM | ...WELCHE SIND FÜR DIE PRAXIS MÖGLICH?



- Langzeit-EKG
- Belastungs-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Lungenfunktion
- Testverfahren Demenzverdacht
-

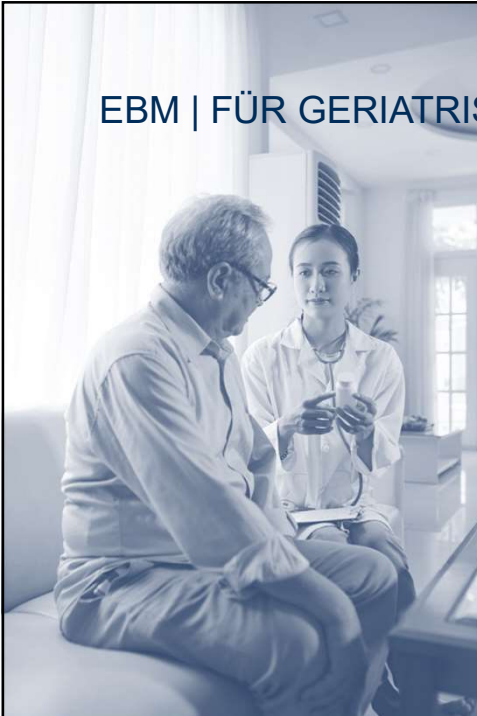
218



Geriatrie in der Hausarztpraxis

BIOSCIENTIA
RESEARCH LABOR SERVICE

EBM | FÜR GERIATRISCHEN ZIFFERN MUSS ERFÜLLT SEIN



- höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)
- und
- geriatritypische Morbidität, z. B. Fallneigung, Altersschwindel, Inkontinenz(en), chronische Schmerzen, Dysphagie, Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit) und/oder Pflegegrad
- oder
- dementielle Erkrankungen, Alzheimer, Parkinson (auch unter 70)

Muss mit ICD-Code dokumentiert werden.

220

// EBM | 03360 HAUSÄRZTLICH-GERIATRISCHES BASISASSESSMENT

- Pflegestufe: Z74.9
- Senilität: R54
- Harninkontinenz: R32
- Überlaufinkontinenz: N39.41
- Sonstige Harninkontinenz: N39.48
- Stuhlinkontinenz: R15
- Dysphagie: R13.9
- Schwindel mit Fallneigung: R42
- Störung des Gangs und der Mobilität: R26.8
- Mobilitätsstörung: Z74.0
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz: R52.1
- Chronisches Schmerzsyndrom: R52.2

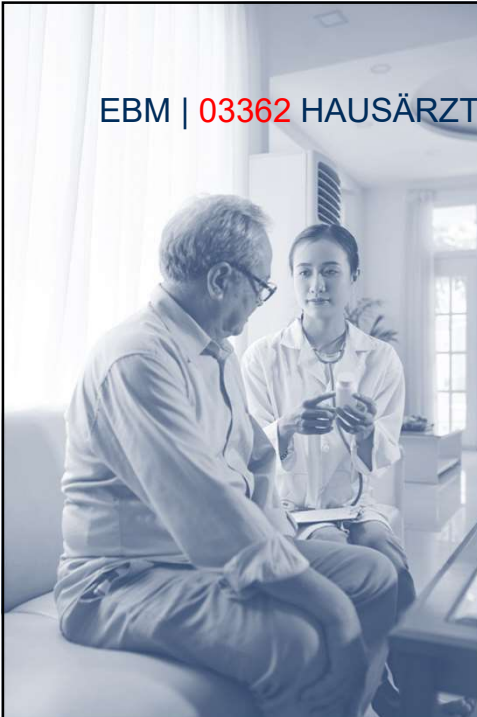


// EBM | 03360 HAUSÄRZTLICH-GERIATRISCHES BASISASSESSMENT

- Bewertung **113** Punkte
- Prüfzeiten 4 (8) Minuten
- im Krankheitsfall höchstens zweimal
- Erhebung und/oder Monitoring Einschränkungen (motorisch, emotional, organisch)
- Beurteilung mit validierten Testverfahren wie Barthel-Index, Timed „up & go“, Frailty-Kriterien nach Fried, usw.
- In einer Sitzung nicht neben 03370, 03371, 03372, 03373, 30984



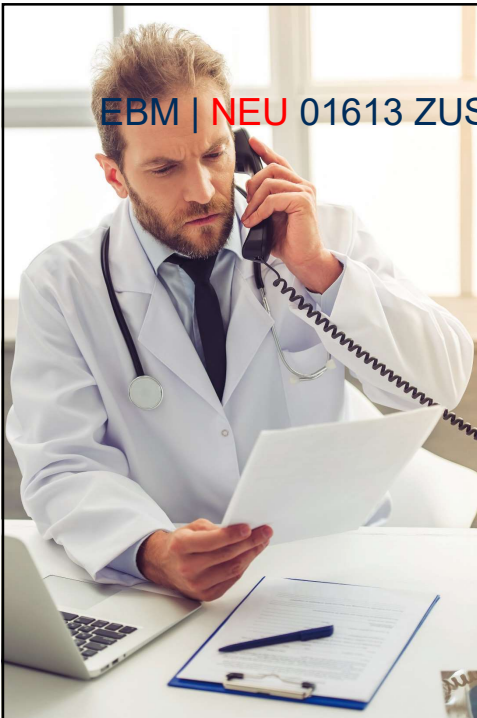
EBM | 03362 HAUSÄRZTLICH-GERIATRISCHES BETREUUNGSKOMPLEX



- Bewertung **174** Punkte
- Prüfzeit 9 Minuten
- mindestens 2 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte
- einmal im Behandlungsfall
- Einleitung/Koordination ggf. Durchführung der Behandlung der geriatrischen Syndrome)
- Überprüfung/Anpassung Medikation (incl. Medikationsplan)
- Ergebnisse nach 03660 und/oder eines weiterführenden geriatrischen Assessments (30984) müssen vorliegen
- Abrechnungseinschränkungen wie bei 03360

223

EBM | NEU 01613 ZUSCHLAG AUF 01610



01613 | Zuschlag zur 01611 bei Verordnung einer geriatrischen Reha || **75** Punkte

- mindestens 2 Funktionsteste nach Reha-RL z. B. Handkraft, Uhrentest, Spirometrie, NYHA

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

	Mobilität	Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	<input type="text"/> sek + Chair Rise <input type="text"/> sek	MMST <input type="text"/> / 30	Schmerzskala <input type="text"/> / 10	Ergometrie <input type="text"/> Watt
Handkraft	<input type="text"/> kg oder <input type="text"/> kpa	GDS 15 <input type="text"/> / 15		FEV1 <input type="text"/> % + VK <input type="text"/> %
DEMMI	<input type="text"/> / 100 Tinetti <input type="text"/> / 28	Uhrentest <input type="text"/> / 7		NYHA-Stadium <input type="text"/>

- nur bestimmte Fachgruppen, z. B. Hausärzte, Innere Medizin, Neurologen, Psychiater
- einmal im Krankheitsfall

https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Rehabilitation

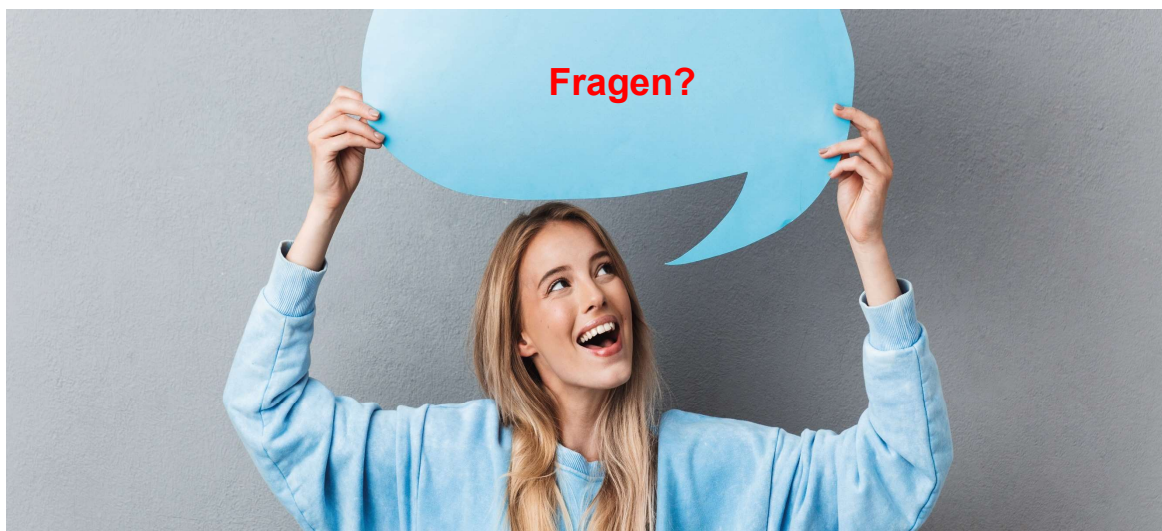
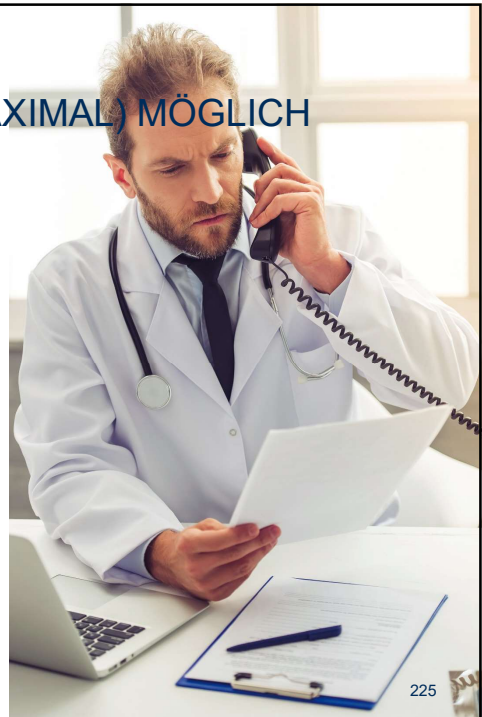
224

// EBM | DAS IST BEI DER GERIATRIE (MAXIMAL) MÖGLICH

- zweimal im Jahr die 03360
 - viermal im Jahr die 03362
- = 920 (ca. € 103) Punkte zusätzlich für den Patienten

und die 03230 ist neben diesen Ziffern möglich

Weitere Möglichkeit (extrabudgetär), GOP 30980 und 30988 aus Kapitel 30.13 (Spezialisierte geriatrische Diagnostik) und Betreuung





Palliativ in der Hausarztpraxis

// EBM | FÜR PALLIATIVZIFFERN MUSS ERFÜLLT SEIN

- ...Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten [...] nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen [...] Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ...
- nicht, wenn der Arzt den Patienten im Rahmen der SAPV versorgt
- nicht bei Patienten der SAPV (außer 03370)
- ...aber, der Patient verliert nicht seinen Anspruch auf die Teilnahme am SAPV, wenn die GOPs abgerechnet wurden.

Tipp: ICD-10-Kode Z51.4 angeben (Palliativbehandlung)



EBM | 03370 PALLIATIVMEDIZINISCHE ERSTERHEBUNG

- Bewertung 341 Punkte
- einmal im Krankheitsfall
- Untersuchung (körperlich/psychisch)
- Ermittlung ggf. Erfassung Patientenwillen
- Erstellung/Dokumentation Behandlungsplan
- in der Sitzung nicht neben: 03220, 03230, 03360, 03362

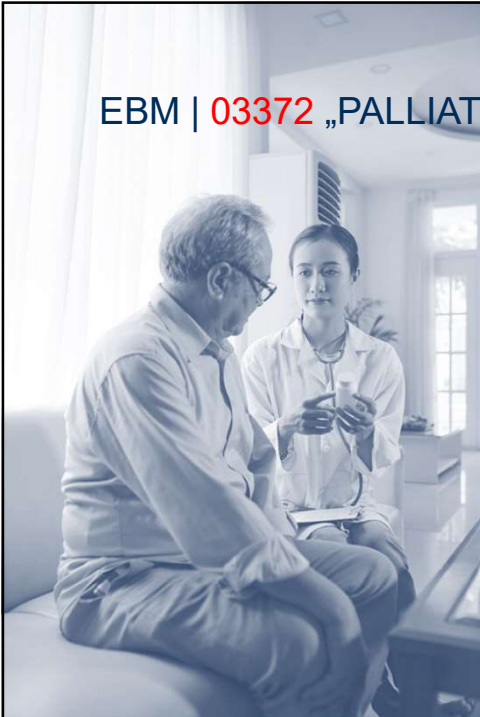
229

// EBM | 03371 „PALLIATIV“-ZUSCHLAG AUF 03000

- Bewertung 159 Punkte
- Prüfzeit 12 Minuten
- einmal im Behandlungsfall
- Dauer mindestens 15 Minuten
- Betreuung und Koordination der Behandlung (fakultativ)
- Anleitung von Betreuungs- und Bezugspersonen (fakultativ)
- in der Sitzung nicht neben: 03220, 03360, 03362, 03372, 03373 und SAPV-Ziffern

230

EBM | 03372 „PALLIATIV“-ZUSCHLAG BEI HÄUSLICHKEIT



- auf die Ziffern 01410 und 01413
- Inhalte faktisch identisch zur 03371
- Bewertung 124 (124) Punkte, je vollendete 15 Minuten – Prüfzeit 12 Minuten
- Höchstwertregelung 620 Punkte

231

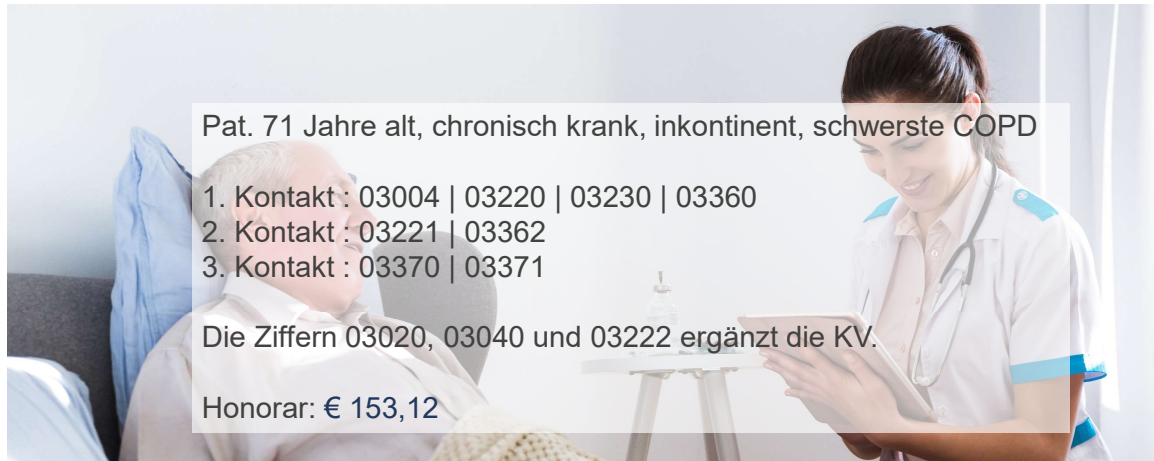
// EBM | 03373 „PALLIATIV“-ZUSCHLAG BEI HÄUSLICHKEIT

- auf die Ziffern 01411, 01412 und 01415
- Bewertung 124 (124) Punkte, je Besuch
- nicht im Notfall
- Ausschlüsse beachten 0110X, 012XX, 03220, **03230**, 03360, 03361, 03362, 03371, 03372 und SAPV-Ziffern : in derselben Sitzung
- Zusätzlich möglich: „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ nach Kapitel 37.3



232

// EBM | EIN BEISPIEL FÜR DIE HAUSARZTPRAXIS



Pat. 71 Jahre alt, chronisch krank, inkontinent, schwerste COPD

1. Kontakt : 03004 | 03220 | 03230 | 03360
2. Kontakt : 03221 | 03362
3. Kontakt : 03370 | 03371

Die Ziffern 03020, 03040 und 03222 ergänzt die KV.

Honorar: € 153,12

//



Spezielle Palliativversorgung nach
Kapitel 37.3. (37300 – 37320)



Fragen?



**Arztgruppenübergreifende spezielle
Gebührenordnungspositionen
Für alle Haus- und Kinderärzte**



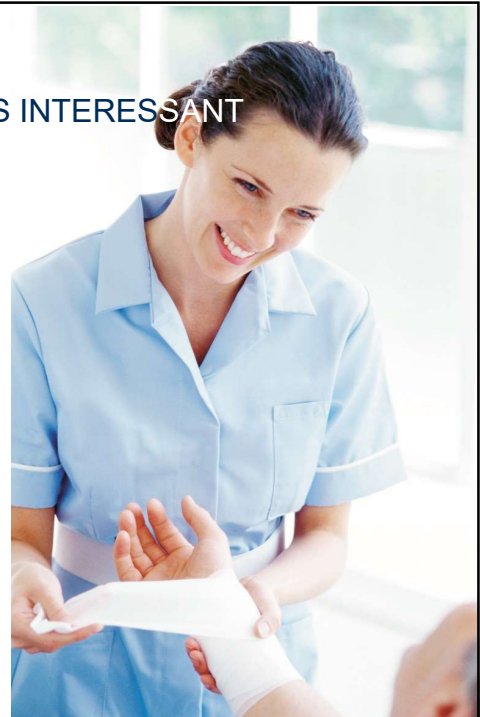
// EBM | DIESE SIND FÜR DIE HAUSARZTPRAXIS INTERESSANT

präoperativen 31010 – 31013

- OP-Vorbereitung vor ambulanten und belegärztlichen Eingriffen
- extrabudgetär und belasten nicht den (Labor)Fallwert
- einmal im Behandlungsfall

postoperative 31600

- Behandlung durch den Hausarzt
- einmalig 21 Tage nach Leistungen aus dem Kapitel 31.2 (Ambulante Operationen)
- extrabudgetär

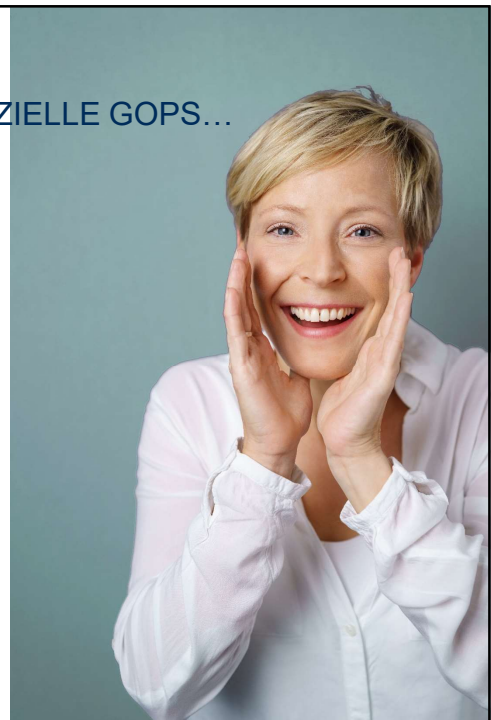


// EBM | ARZTGRUPPENÜBERGREIFENDE SPEZIELLE GOPS...

...bieten weitere Möglichkeiten

- spezialisierte Geriatrie
- Kooperationsvertrag Pflegeheime (Kapitel 37, GOPs 37102 und 37113)
- Schmerztherapie
- HIV-Behandlung
- MRSA - Eradikationstherapie
- Physikalische Therapie
- ...usw.

„spezielle“ = KV-Genehmigung oder nur bestimmte Fachgruppen





Pflegeheimversorgung

(nach Paragraf 119b SGB V)
EBM-Ziffern 37100, 37101, 37105, 37113

// PFLEGEHEIMVERSORGUNG

- Pflegeeinrichtungen müssen einen Vertrag schließen
- Ärzte sind nicht verpflichtet einen solchen abzuschließen
- Kooperationsvertrag muss Regelungen für „Unzeiten“ und zur telefonischen Erreichbarkeit enthalten
- Abrechnen der Ziffern nur mit Kooperationsvertrag (KV Vertrag vorlegen)

Musterverträge gibt es bei ihrer KV

// PFLEGEHEIMVERSORGUNG

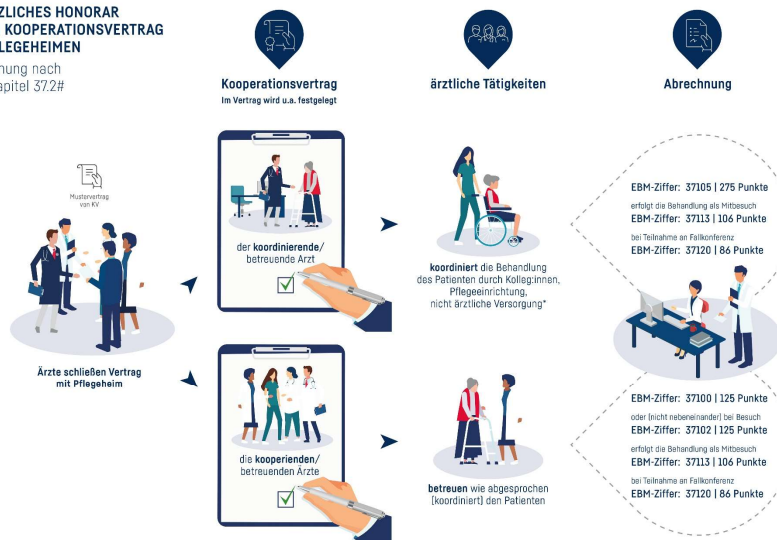
das Mehr an Aufwand und Verantwortung wird vergütet mit

- Zuschlägen auf Grund- und Versicherungspauschalen für die Betreuung/Koordination in Pflegeeinrichtungen
- Zuschlägen auf die Besuchsziffern
- keine Prüfzeiten



ZUSÄTZLICHES HONORAR DURCH KOOPERATIONSVERTRAG MIT PFLEGEHEIMEN

Abrechnung nach
EBM-Kapitel 37.2#



* Psychotherapie, Ergotherapie etc.
* bei Patient*innen in Pflegeheimen mit einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum EBM/Äerl01

// EBM | PFLEGEHEIMVERSORGUNG BETREUUNG

37100 | Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für die **Betreuung** 125 Punkte (€ 14,08)

- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- einmal im Behandlungsfall
- zweimal im Krankheitsfall



// EBM | PFLEGEHEIMVERSORGUNG BETREUUNG

37102 | Zuschlag zur Besuchsziffern 01410 oder 01413
125 Punkte (€ 14,08)

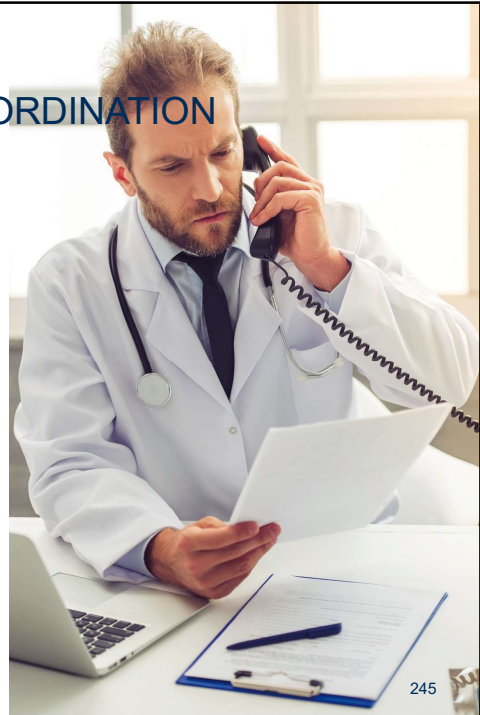
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- einmal im Behandlungsfall
- Betreuung im Pflegeheim
- Kooperation mit Kolleg*innen und Pflegeeinrichtung
- nicht neben 37100/05 und 37302/05/06



// EBM | PFLEGEHEIMVERSORGUNG KOORDINATION

37105 | Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für die **Koordination** 275 Punkte (€ 30,98)

- Koordination der Maßnahmen für Patientenbetreuung
- kann nur ein den Patienten betreuender Arzt abrechnen i. d. R. der Hausarzt
- wer muss im Vertrag festgelegt werden
- einmal im Behandlungsfall



// EBM | PFLEGEHEIMVERSORGUNG BETREUUNG

37113 | Zuschlag zur Besuchsziffer 01413 106 Punkte (€ 11,94)

- Patient „besuchen“ Aufwerteziffer des Mitbesuchs nach 01413
- im Behandlungsfall nicht neben 37302, 37305, 37306, 37320



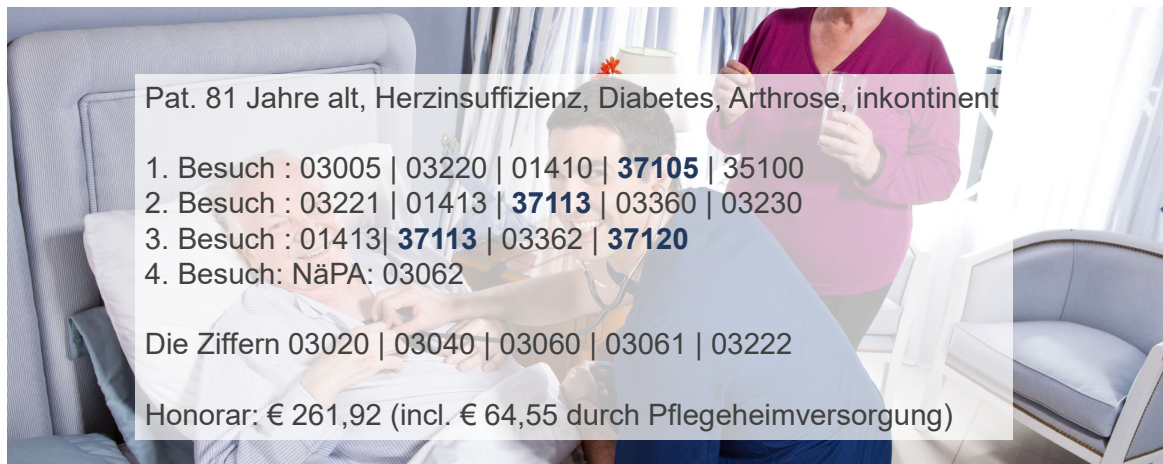
// EBM | PFLEGEHEIMVERSORGUNG BETREUUNG

37120 | Fallkonferenz 106 Punkte (€ 11,94)

- kann auch telefonisch oder per Video stattfinden
- in der Sitzung nicht neben 01441 und 37400
- bis zu dreimal im Krankheitsfall
- im Behandlungsfall nicht neben 37302, 37305, 37306, 37320



// EBM | BEISPIEL FÜR KOORDINIERENDEN ARZT



Pat. 81 Jahre alt, Herzinsuffizienz, Diabetes, Arthrose, inkontinent

1. Besuch : 03005 | 03220 | 01410 | **37105** | 35100
2. Besuch : 03221 | 01413 | **37113** | 03360 | 03230
3. Besuch : 01413 | **37113** | 03362 | **37120**
4. Besuch: NäPA: 03062

Die Ziffern 03020 | 03040 | 03060 | 03061 | 03222

Honorar: € 261,92 (incl. € 64,55 durch Pflegeheimversorgung)



 **BIOSCIENTIA**
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.



 **BIOSCIENTIA**
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.

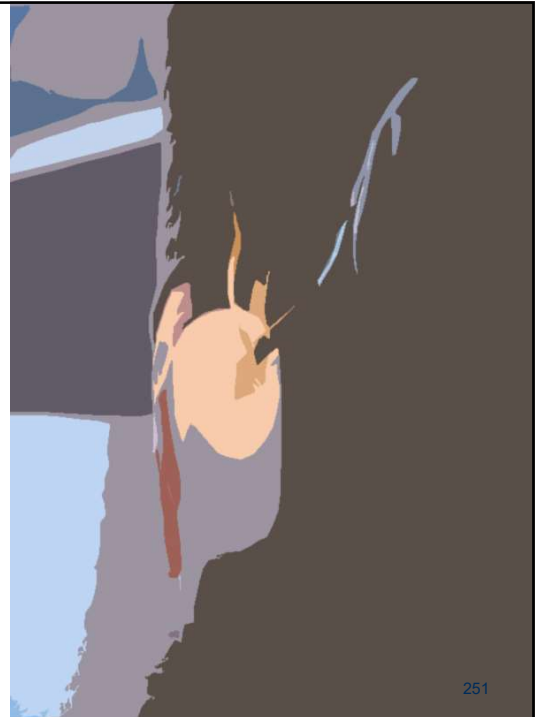
// GOÄ | DIE LEICHENSCHAU

100 | Vorläufige Leichenschau, Dauer mindestens 20 Minuten (€ 110,51)

101 | Eingehende Leichenschau, Dauer mindestens 40 Minuten (€ 165,77)

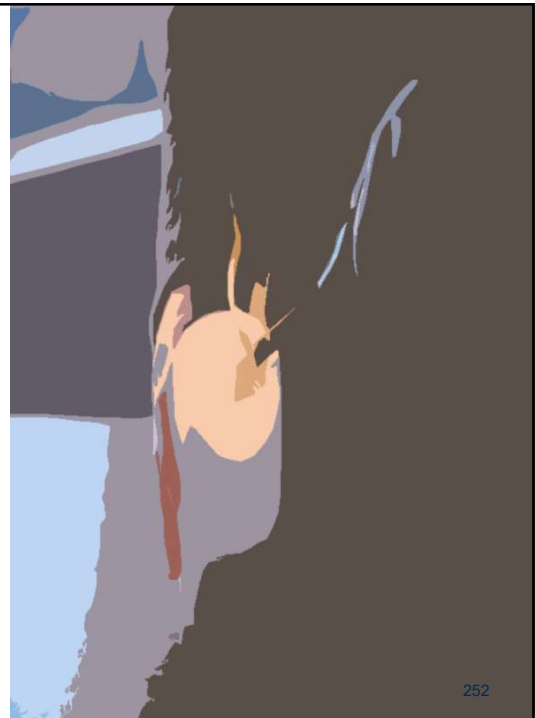
102 | Zuschlag zu den Ziffern 100 und 101 bei unbekannter Leiche und/oder besonderen Todesumständen, Dauer mindestens 10 Minuten (€ 27,63)

106 – 109 | ersetzen die Ziffern 102 – 107 bei gleicher Legende



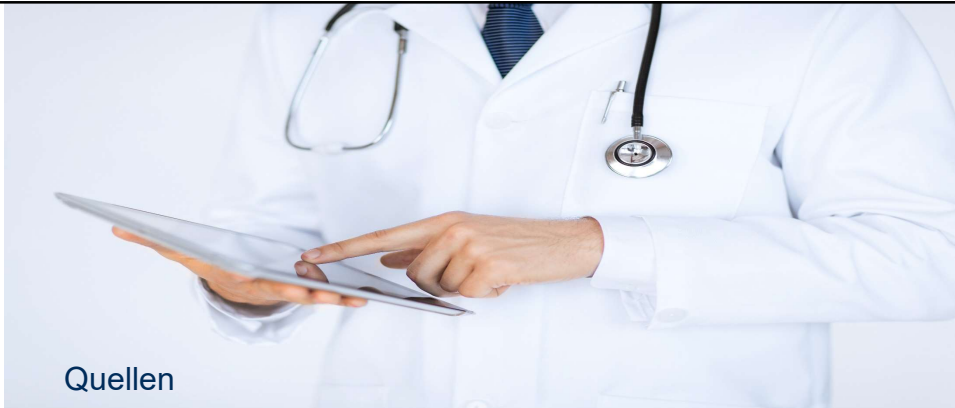
// GOÄ | DIE LEICHENSCHAU

- keine Steigerung der Ziffern 100-102 möglich
- wird Minstdauer unterschritten, nur 60% der Gebühren berechnen, dann...
 -Minstdauer bei Ziffer 100, 10 Minuten
 - ...Minstdauer bei Ziffer 101, 20 Minuten



// GOÄ | LEICHENSCHAU

- Ziffer 100 und 101 enthalten Leistungen wie Aktenstudium oder den Besuch
- keine (Analog)Ziffern möglich
- möglich sind
 - Reiseentschädigung nach §9 GOÄ
 - Wegegeld nach § 8 GOÄ
 - Zuschläge F-H neben Ziffern 100/101



Quellen

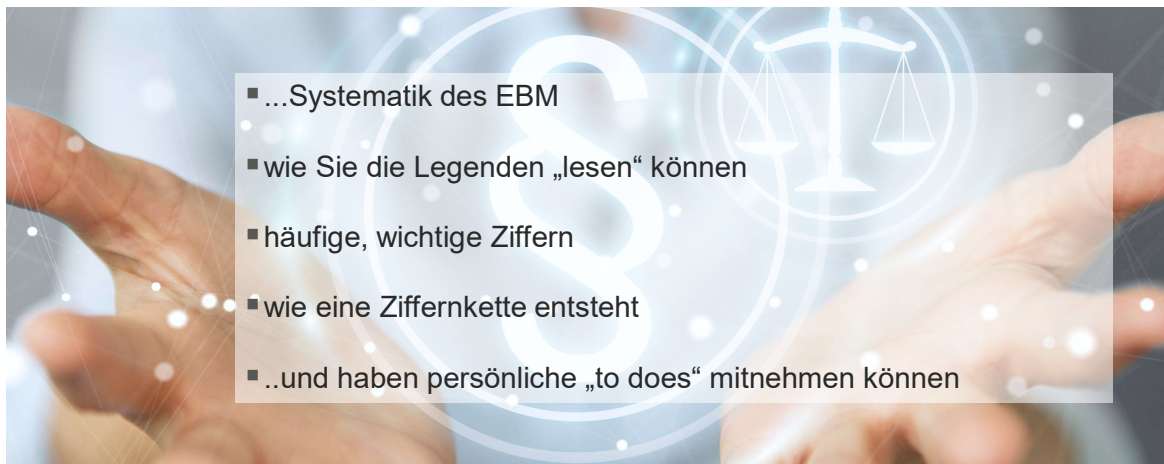
- EBM-online: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>
- Wezel/Liebold: Der Kommentar zu EBM und GOÄ (online Version, kostenpflichtig)
- AAA – Abrechnung aktuell: IWW-Institut (kostenpflichtig)
- Homepage der Bundesärztekammer
- Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

//



...Sie können bald abschalten

// ICH HOFFE, SIE WISSEN JETZT MEHR DARÜBER...



- ...Systematik des EBM
- wie Sie die Legendes „lesen“ können
- häufige, wichtige Ziffern
- wie eine Ziffernkette entsteht
- ..und haben persönliche „to does“ mitnehmen können

// GEDANKEN ZUM ABSCHLUSS – MEINE VORSCHLÄGE

- (gutes) Dokumentieren der Behandlung
- bestimmte (häufige) Behandlungspläne festlegen wie Prävention, Besuch, der „gesunde“ Patient, der „chronische“ Patient, der multimorbide Patient, Geriatrie, palliativ
- Festlegen der „passenden“ Ziffernketten – als Vorlage – ähnlich der Profile im Labor

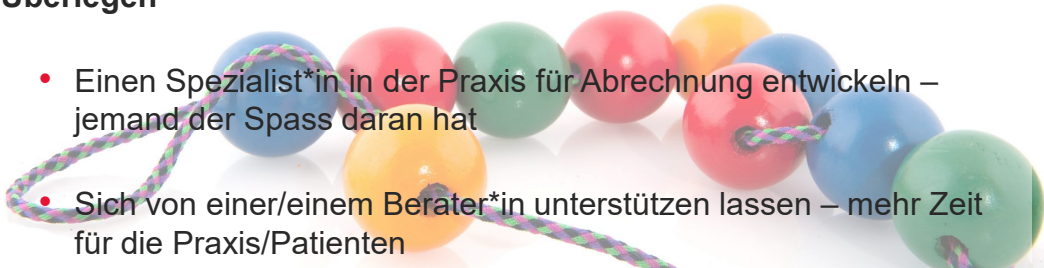


// GEDANKEN ZUM ABSCHLUSS – MEINE VORSCHLÄGE

- in die Abrechnung schauen – RLV, QzVs, extrabudgetäre Leistungen, gestrichene Ziffern etc. – Hilfe zur Weiterentwicklung

Überlegen

- Einen Spezialist*in in der Praxis für Abrechnung entwickeln – jemand der Spass daran hat
- Sich von einer/einem Berater*in unterstützen lassen – mehr Zeit für die Praxis/Patienten



// AKTUELLE INFO AUF BIOSCIENTIA.DE

The screenshot shows the Bioscientia website interface. At the top, there is a navigation bar with the Bioscientia logo and menu items: Unternehmensbereiche, Service, Über uns, Standorte, and Karriere. Below the navigation bar, the main content area is titled "Unterlagen und Mustertexte...". A sub-header reads: "... der Weiterbildung, an der Sie teilgenommen haben; zusätzliche Informationen und Mustertexte z. B. für einen Behandlungsvertrag, den Widerspruch gegen Ihre KV-Abrechnung, oder ein Antwortschreiben an den Patienten bei Nichterstattung. Fragen gerne unter fragen_ebmgoae@bioscientia.de".

The main content area lists several documents with download icons:

- Vortrag GOÄ-Grundlagen: Basis und Praktisches zur korrekten Nutzung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
Vortrag vom 03.03.2022 | verfügbar bis 31.03.2022
- #Fortbildung*GOÄ_EBM*55218**
- EBM - Es bleibt mühsam. Wie rechnet man optimiert ab?
Vortrag vom 09.03.2022 | verfügbar bis zum 10.04.2022
- Steigerungsfaktoren verschiedener Kostenträger, wie PostB, KVB
- Abrechnungsbeispiele Besuch
Möglichkeiten Besuche nach der GOÄ abzurechnen

At the bottom left of the screenshot is the Bioscientia logo. At the bottom right, there are social media icons for Facebook and Twitter.

Fragen – die wir heute nicht klären konnten

fragen_ebmgoae@bioscientia.de

oder

0176 – 20660432

06132 – 781 - 365