

Webcast-Zusammenfassung:

Entbudgetierung in der Hausarztpraxis – FAQ

Ist Kapitel 3 vollständig entbudgetiert? Gilt das auch für die Gesprächsziffer 03230?

Ja, alle Leistungen des Kapitels 3 sowie hausärztliche Hausbesuche (01410-01413) werden zu 100 % vergütet. Die 03230 gehört zum Kapitel 3.

Welche Leistungen sind extrabudgetär abrechenbar?

Alle Leistungen des Kapitels 3 EBM und Hausbesuche (01410-01413). Weitere Leistungen (Sonographie, Psychosomatik, Kleinchirurgie) verbleiben in der MGV.

Zählt auch ein Kombipräparat wie Ramipril/HCT?

Es wird diskutiert, ob Kombinationspräparate mit zwei Wirkstoffen in einer Tablette als „ein Arzneimittel“ gelten. Eine bundesweite Regelung steht noch aus.

Wie ist zu verfahren, wenn im gleichen oder im zweiten Quartal eine weitere chronische Erkrankung auftritt?

Die Versorgungspauschale (03100) setzt voraus, dass nur eine chronische Erkrankung vorliegt. Bei weiteren Erkrankungen im Folgequartal kann ggf. die 03110 (Zuschlag) berechnet werden.

Zählen Besuche bei Patientinnen und Patienten im Rahmen des Pflegeheimvertrags ebenfalls zu den Hausbesuchen?

Hausärztliche Hausbesuche (01410 bis 01413) werden zu 100 % vergütet. Spezifische Heimverträge müssen im regionalen Honorarverteilungsmaßstab geprüft werden.

Ist das 10er-Kriterium erfüllt, wenn die Praxis täglich um 07:30 Uhr öffnet?

Ja, Kriterium 10 ist erfüllt, wenn die Praxis diese Öffnungszeiten auch tatsächlich als Sprechstunde anbietet und das mindestens 14-tägig.

Ist der 10 %-Aufschlag für Gemeinschaftspraxen mittlerweile entfallen?

Die Vorhaltepauschale (03040) wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale zugesetzt. Es gibt Auf-/Abschläge je nach Fallzahl pro Arzt (Vollzeitäquivalent).

Wie ist der Begriff „lebensverändernde Diagnose“ definiert?

Der Gesetzgeber definiert dies für Patientinnen und Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung und kontinuierlicher Arzneimittelversorgung ohne intensiven Betreuungsbedarf.

Ist eine Abrechnung der Gesprächsziffer zusätzlich zur 03100 möglich?

Die Versorgungspauschale (03100) wird anstelle der Versicherten- und Chronikerpauschale gezahlt.

Profitieren MVZ stärker von der neuen Regelung als Einzelpraxen?

Die Vorhaltepauschale (03040) ist fallzahlabhängig: unter 400 Fällen gibt es einen Abschlag, über 1.200 Fällen einen Aufschlag pro Vollzeit-Hausarzt.

Zusätzliche Fragen

Welche ICD-10-Diagnosen berechtigen zur Abrechnung der Versorgungspauschale GOP 03100?

Die GOP 03100 ist bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD 10 GM zu berechnen:

- **E03.0** Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma, E03.1 Angeborene Hypothyreose ohne Struma, E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben), E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose, E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet, E06.3 Autoimmunthyreoiditis
- **E78.0** Reine Hypercholesterinämie, E78.2 Gemischte Hyperlipidämie, E78.4 Sonstige Hyperlipidämien, E78.5 Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, E78.6 Lipoproteinmangel, E78.8- Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, E78.9 Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
- **I10.0** Benigne essentielle Hypertonie (ausgenommen: ICD 10 GM I10.01), I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise, I10.9- Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (ausgenommen: ICD 10 GM I10.91), I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise
- **M10.0** Idiopathische Gicht

Welche Leistungen sind im Folgequartal nach Abrechnung der GOP 03100 von der Abrechnung ausgeschlossen?

Berechnungsausschlüsse im Folgequartal:

- 01430 Verwaltungskomplex
- 01431 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 für ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte
- 01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
- 01437 Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3
- 01701 Grundpauschale [...]
- 01600 Ärztlicher Bericht
- 01601 Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information
- 01610 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze (Muster 55)
- 03000 Versichertenpauschale
- 03030 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt Patienten Kontakt

Welche Voraussetzungen und Konsequenzen gelten für die 10-Schutzimpfungen-Regel bei der Vorhaltepauschale (GOP 03040)?

Abschlagsregelung auf die GOP 03040 für Hausarztpraxen, die weniger als 10 Schutzimpfungen gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Quartal durchführen. Diese Praxen erhalten einen Abschlag auf die GOP 03040 von 40 Prozent.

Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 oder substitions-gestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 des EBM durchführen.

Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Zuschläge GOP 03041 bzw. 03042 zur Vorhaltepauschale zu erhalten?

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien erforderlich ist.

- GOP 03041 bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 10 Punkte
- GOP 03042 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 30 Punkte

Welche zentralen inhaltlichen Neuerungen sind für die „neue GOÄ“ geplant?

Die „neue GOÄ“ bezeichnet eine geplante umfassende Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung, die im Mai 2025 vom Deutschen Ärztetag mit dem Ziel einer zeitgemäßen Gestaltung der ärztlichen Vergütung verabschiedet wurde, um veraltete Leistungen zu streichen und neue abzudecken, wie Telemedizin und digitale Leistungen.

Die Änderungen sollen unter anderem mehr Transparenz, eine systematische Kalkulation von Leistungen sowie eine Trennung von ärztlicher Leistung und Sachkosten durch separate Ausweisung von Materialkosten bringen.

Der Entwurf wurde nach der Zustimmung des Ärztetages nun dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt und das Inkrafttreten wird für frühestens 2027 erwartet, da auch Bundestag und Bundesrat zustimmen müssen.