

Die ärztliche Vergütung im Überblick (Stand 01.07.2009)

Leistungen, die dem RLV (Regelleistungsvolumen) unterliegen:

Versichertenpauschalen (VP) 1x im BHF oder bei Überweisung durch Hausärzte oder im Vertretungsfall

03110, 03111, 03112, 03120, 03121, 03122

03212 Zuschlag zu VP 03110 bis 03112 bei chronischer Krankheit

Tipp: Für Schwerpunktdiabetologen bei Überweisung verlängert bis 31.12.09 zu VP 03120-03122

Neu: Für Schwerpunktpraxen HIV bei Überweisung bis 31.12.09 zu VP 03120-03122

Weitere Einzelleistungen aus dem Hausarztkapitel

03240, 03241 → 03242 nur eigene Patienten

Besuche, Visiten

01410*, 01413*, 01414, 01416

***Neu:** außer Bayern, sowie regional „H“-Regelung beachten, z. B. Schleswig-Holstein

Weitere Allgemeine Leistungen

Sekundäre Wundversorgungen, diab. Fuß, Physikalische Leistungen, u. a.

02310, 02311, 02312, 02313, 02500, 02501, 02510, 02511, 02512, 30130, 30712

Leistungen, die dem RLV (Regelleistungsvolumen) nicht unterliegen

Besondere Inanspruchnahme

01100, 01101, 01102

Leistungen im organisierten Not(-fall)dienst

01210, 01211, 01411, 01216, 01217, 01218, 01219

Dringende Besuche

01411, 01412, 01415 → regional Bayern auch 01410, 01413, regional auch „H“-Besuche

Leistungen der Qualifikationszuschläge

02300, 02301, 02302, 03321, 03322, * 03324, 03330, 03331, 30200*, 30201*, 33012*, 33042* (Auswahl aus Kapitel 33), 35100*, 35110*

→* Leistung unterliegt der Genehmigungspflicht nach § 135 SGB V

Sonstige

03241 (Definitionsauftrag), 30790, 30791, Kapitel 30.7.1, Kapitel 32 inkl. 32001

Kostenpauschalen

40100, 40106, 40120, 40122, 40144, 40220-40228, 40240, 40260, 40150

Leistungen, deren Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, sogenannte „freie Leistungen“

Früherkennung 01720, 01731, 01732, 01734, 01740, 01745, 01746, 01713-01723

Prä- und Postoperative Untersuchungskomplexe 31010, 31011, 31012, 31013, 31600

Methadonsubstitution 01950, 01951, 01952

DMP Diabetes, KHK, Asthma bronchiale, COPD

Impfungen 89100A, B, R und folgende sowie alle sonstigen regionalen Vereinbarungen

Irrtum vorbehalten, alle Angaben ohne Gewähr. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zum 01.04.2009 sowie 01.07.2009

© U. Klinger-Schindler, Stand 01.07.2009

ratiopharm

Gute Preise. Gute Besserung.

Neue Abrechnungsziffern und aktuelle Neuerungen

40860/40862 Kostenpauschale zur Erstattung des besonderen Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 73b SGB V

- seit 01.04.2009
- 40860 1x BHF **25 Euro**, 40862 2x BHF **15 Euro**
- der Bewertungsausschuss empfiehlt in der 182. Sitzung die Finanzierung der Kostenpauschale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

40870/40872 Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Einführung delegierbarer Leistungen gemäß § 87 (2) SGB V

- seit 01.04.2009 je Sitzung
- der Bewertungsausschuss empfiehlt in der 176. Sitzung die Finanzierung der Kostenpauschale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **17 Euro/12,50 Euro**
- der Arzt ist bei Vorliegen der Voraussetzung der Anlage 8 des BMV-Ä zur Abrechnung berechtigt: u. a. Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Umfang der delegierbaren Leistungen, in der Regel Alter mind. 65 Jahre usw..
- im begründeten Einzelfall neben 01410 bis 01413 berechnungsfähig, am Behandlungstag nicht neben 40240 und 40260 berechnungsfähig

30920 Zusatzpauschale für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten entsprechend der Qualitäts-Vereinbarung gem. § 135 SGB V

- ab 01.07.2009 **45,50 Euro** 1x BHF

30922 Zusatzpauschale für eine Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten gem. § 135 SGB V

- als Zuschlag zur Pauschale 30920 → ab 01.07.2009 **30,63 Euro** 1x BHF; n. n. 30924 im BHF

30924 Zusatzpauschale bei Vorliegen HIV-assoziierter Erkrankungen und/oder Aids-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen

ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten“ → ab 01.07.2009 **61,25 Euro** 1x BHF; n. n. 30922 im BHF

Tipp: HIV-Schwerpunktpraxen hausärztlicher Bereich sind ab 01.07.2009 berechtigt den Chronikerzuschlag in Überweisungsfällen abzurechnen → begrenzt bis 31.12.2009

88200 Kennzeichnungsziffer für Leistungen bei nachgewiesenem H1N1-Virus im Rahmen der Behandlung ärztlicher Leistungen

- Die Kosten für den Influenzaschnelltest (sofern in der Praxis durchgeführt) sind auf der Basis einer GOÄ-Rechnung analog der Ziffer 4668 mit Faktor 1,15 durch die Krankenkassen zu übernehmen
- Bei Durchführung des Tests im Labor sind die Kosten des Probenverkehrs in Höhe von 2,60 Euro ebenfalls im Rahmen der Kostenerstattung zu vergüten
- Es ist der ICD-Code J09 zu verwenden

88190 Codierung eines Abrechnungsfalls als alleinige Gebührennummer bei ärztlicher Behandlung als Privatbehandlung

- Arzneiverordnung jedoch auf Kassenrezept, Wahlrecht Pat. bei Kostenerstattung