



# WANN GREIFT DER NEUE ARZTGRUPPENFALL?

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde eine **neue Fallart im EBM** etabliert. Dieser „Arztgruppenfall“ gilt nur in ausgewählten Konstellationen, wird Hausärzten ab jetzt aber immer häufiger begegnen.



## Kasuistik

**Anamnese:** Der 50-jährige Herr Ö. klagt seit drei Monaten über unspezifische Atembeschwerden, die sporadisch auftreten. Bis dahin hatte er keine Probleme mit der Lunge; in der Kindheit, vom sechsten bis zum elften Lebensjahr, habe er unter Heuschnupfen gelitten. Von Beruf ist Herr Ö. Mechatroniker. Weitere Vorerkrankungen: OSG-Fraktur links mit 21 Jahren, konservativ behandelt und Z.n. Appendektomie mit 32 Jahren wegen akuter Appendizitis. Keine Dauermedikation. Herr Ö. ist Nichtraucher und trinkt selten Alkohol.

**Befund:** 50-jähriger Mann in gutem AEZ. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet, keine Zyanose. Rachen reizlos, leicht nasale Atmung, Nasenschleimhäute gerötet, diskret geschwollen. Zum Untersuchungszeitpunkt keine Dyspnoe. Herz klinisch unauffällig. RR 140/75 mmHg, HF 84/min. Lunge: Diskretes Brummen allseits. Abdomen ohne pathologische Auffälligkeiten. Spirografie: Obstruktive Störung mit einem Atemstoßtest von 70 Prozent; wenige Tage später bei akuter Symptomatik nur noch 60 Prozent mit Normalisierung nach Bronchospasmolyse mit Salbutamol. Labor: Im Routinelabor keine Entzündungszeichen.

**Diagnose und Therapie:** Aufgrund der Vorgeschichte sowie der Befunde liegt ein Asthma bronchiale mit intermittierender Symptomatik vor; bei Beginn der Symptomatik im Mai und dem früheren Heuschnupfen, handelt es sich am ehesten um eine Allergie gegen Gräserpollen, was ein Allergietest bestätigte, den die Hausärztin (mit Zusatzbezeichnung Allergologie) selbst vornahm. Therapeutisch behandelt sie zunächst symptomatisch. Sollte sich die Symptomatik im nächsten Jahr wiederholen, ist eine spezifische Immuntherapie geplant.

Die Hausärztin stellt Asthma mit intermittierender Symptomatik fest.

## EBM

Beim Erstkontakt rechnet sie die Versichertenpauschale (03000 EBM) und eine Spirografie (03330 EBM) ab, die Blutentnahme ist in der Versichertenpauschale enthalten. Eine Woche später erneute Spirografie (03330 EBM) und einige Tage später, nachdem die Befunde vorliegen, ein ausführliches Gespräch über 25 Minuten (dreimal 03230 EBM).

Bei einem späteren Termin kommt die 30111 EBM (einmal im Krankheitsfall) zum Ansatz.

## GOÄ

Die Erstuntersuchung wird mit den Nrn. 1 und 7 GOÄ abgerechnet, für die Spirografie die Nrn. 605 und 605a GOÄ; zusätzlich die Nr. 250 GOÄ sowie die anfallenden Laborziffern. Beim zweiten Kontakt erneut die Nr. 7 sowie die Nrn. 605 und 605a, diesmal zusätzlich auch die Nr. 609 GOÄ für die Bronchospas-

molyse. Das Gespräch nach einigen Tagen wird mit der Nr. 3 GOÄ und erhöhtem Faktor (25 Minuten!) abgerechnet. Für die Allergietestung fallen die Nrn. 385 und 386 GOÄ an.

## HZV

In Berlin-Brandenburg enthalten die Quartalspauschalen aller Hausarztverträge (AOK+IKK, BKK, EK, TK und IKKclassic) bereits die Spirografie (03330 EBM), sodass diese nicht gesondert zu berechnen ist. Der allergologisch-

**Tab. 1: Fallarten nach EBM (Stand 8/19)**

Behandlungsfall	Arztfall	Betriebsstättenfall	Krankheitsfall	Arztgruppenfall
Dieselbe Praxis	Derselbe Arzt	Dieselbe Betriebsstätte	Dieselbe Praxis	Dieselbe Arztgruppe
Derselbe Patient	Derselbe Patient	Derselbe Patient	Derselbe Patient	Derselbe Patient
Dasselbe Quartal	Dasselbe Quartal	Dasselbe Quartal	<b>Das aktuelle und drei Folgequartale</b>	Dasselbe Quartal
Dieselbe Krankenkasse	Dieselbe Krankenkasse	Dieselbe Krankenkasse	Dieselbe Krankenkasse	Dieselbe Krankenkasse
				<b>Dieselbe TSVG-Konstellation</b>

**Tab. 2: Abrechnung auf einen Blick**

EBM-GOP	Punkte	Euro*	Leistung	GOÄ-Nr.	Punkte	Euro (1-fach)	Bemerkungen
03000	122	13,20	Versichertenpauschale, 50 J.				altersabhängig
			Beratung	1	80	4,66	1x im BHF mit Sonderleistung ab Nr. 200
			Teilkörperuntersuchung	7	160	9,33	mehrfach im BHF möglich (ohne Begründung)
03040	144	15,58	Vorhaltepauschale Hausarzt				automatischer Zusatz durch die KV
03060	22	2,38	Pauschale Anstellung NÄPA				
03061	12	1,30	Zuschlag zur GOP 03060				
32001	19	2,06	Wirtschaftlichkeitsbonus				
			Blutabnahme	250	40	2,33	
03330	60	6,49	Spirografie	605 605a	242 140	14,11 8,16	nur einmal pro Sitzung abrechenbar
			Bronchospasmysetest	609	182	10,61	EBM: nicht gesondert abrechenbar
03230	90	9,74	Erörterung, Gespräch	3	150	8,74	EBM: je vollendete 10 Min. GOÄ: nur neben 5, 6, 7, 8, 800 oder 801
30111	458	49,57	Allergologisch-diagnostischer Komplex, Typ I Allergie				mit der Zusatzbezeichnung Allergologie abrechenbar
			Pricktests	385 386 387	45 30 20	2,62 1,75 1,17	385: 1.-20. Test 386: 21.-40. Test 387: 41.-80. Test

\*Punktwert/EBM 2019: 10,8226 Cent; BHF = Behandlungsfall; pAPK = persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

diagnostische Komplex nach 30111 EBM muss ebenso wie auch der entsprechende Komplex für Kontaktallergien (30110 EBM) über die KV auf einem gesonderten Schein abgerechnet werden.

### Schwerpunkt: Der neue Arztgruppenfall

Um verschiedene Abrechnungseinschränkungen zu regeln, gab es im EBM bisher vier Fallarten: Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall und Betriebsstättenfall. Einzelheiten entnehmen Sie dem EBM, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 3 oder Tabelle 1.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) führte zum 11. Mai eine neue Fallart ein, den Arztgruppenfall. Dabei handelt es sich um alle Leistungen,

die mit derselben TSVG-Konstellation, von derselben Arztgruppe, in derselben Praxis, innerhalb desselben Quartals bei demselben Versicherten und zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden. Dabei gelten als Arztgruppen alle Fachgruppen, die aus einem eigenen EBM-Kapitel oder aus einem eigenen Unterabschnitt (13.3.1 bis 13.38) abrechnen können. Das heißt, obwohl sie alle als Hausärzte fungieren, bilden Allgemeinärzte mit hausärztlichen Internisten eine Arztgruppe, nicht aber mit den Kinder- und Jugendärzten. Dabei entspricht bei einer fachgleichen



**Dr. med. Heiner Pasch**  
Hausarzt,  
Abrechnungsexperte

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) der Arztgruppenfall immer dem Behandlungsfall.

Wann ist der Arztgruppenfall relevant? Immer dann, wenn es sich um fachgleiche BAG oder MVZ handelt; und immer dann,

wenn eine extrabudgetäre Vergütung bei einer der vom Bewertungsausschuss definierten TSVG-Konstellationen vorliegt. Im Einzelnen handelt es sich bei Hausärzten um den TSS-Terminfall, den TSS-Akutfall (spätestens ab Januar 2020) und die Behandlung von „Neupatienten“ (mindestens zwei Jahre nicht mehr in der Praxis). ●

Quellen im Onlineartikel auf [www.hausarzt.digital](http://www.hausarzt.digital)