

PraxisWissen

EIN SERVICE DER KASSENÄRZTLICHEN
BUNDESVEREINIGUNG

KBV

EBM

NEUERUNGEN

1.
STUFE

➤ WAS SICH AB
OKTOBER 2013 FÜR
HAUSÄRZTE UND
FACHÄRZTE ÄNDERT

Die Neuerungen im Hausarztbereich

LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,

in Ihrer Praxis haben Sie täglich mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu tun. Ihr Wissen rund um die Abrechnung ist entscheidend für eine wirtschaftlich gesunde Praxis. Zum 1. Oktober 2013 gibt es Neuerungen beim EBM, die Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Fachärzte betreffen. Darüber informieren wir Sie in dieser Broschüre.

Das Ziel: Stärkung der Grundversorgung

Die Neuerungen, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung geeinigt haben, verfolgen ein wichtiges Ziel: Die haus- und fachärztliche Grundversorgung stärken. Das ist nötig, um dem neuen Versorgungsbedarf in Deutschland gerecht zu werden, der sich durch die demografische Entwicklung und den Ärztemangel ergibt. Wir brauchen Haus- und Fachärzte, die sich wohnortnah um die Basisversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung kümmern.

Wir haben uns deshalb entschlossen, den EBM an die veränderte Versorgungssituation anzupassen und das Leistungsspektrum der Praxen besser abzubilden. Von den Krankenkassen fordern wir, dass sie alle haus- und fachärztlichen Grundleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen – ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen.

EBM-Weiterentwicklung in zwei Stufen

Die ersten EBM-Änderungen treten am 1. Oktober 2013 in Kraft. So werden Leistungen aus der hausärztlichen Versichertenpauschale herausgenommen und separat vergütet. Für neue Leistungen in der hausärztlichen geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen Versorgung stehen pro Jahr 124 Millionen Euro zusätzlich bereit. Für Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten wird ein Zuschlag eingeführt – die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung, für die zusätzliche 126 Millionen Euro bereitstehen. Im Sommer 2014 folgen weitere EBM-Änderungen.



DR. ANDREAS KÖHLER
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



DIPL.-MED. REGINA FELDMANN
Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Das Leistungsspektrum von Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab detaillierter abgebildet. So werden die Versichertenpauschale stärker nach dem Alter gewichtet, das hausärztliche Gespräch separat vergütet und neue Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung eingeführt. Ziel ist es, die Grundversorgung zu stärken und den steigenden Behandlungsbedarf sichtbar zu machen. Von der ersten Stufe der EBM-Weiterentwicklung profitieren vor allem Ärzte, die sich um die hausärztliche Grundversorgung kümmern und viele ältere und chronisch kranke Patienten versorgen.

FALLBEISPIEL A

Eine 63-jährige hat Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie und Koronare Herzkrankheit (KHK). Die chronisch kranke Frau sucht ihren Hausarzt auf, der eine Langzeit-Blutdruckmessung macht und ein ausführliches Gespräch führt. Der Hausarzt kann künftig neben der Versichertenpauschale (Bewertung: 15,70 Euro) und der Langzeit-Blutdruckmessung (7,80 Euro) auch die neue Vorhaltepauschale (14,00 Euro) und die neue Gesprächsleistung (9,00 Euro) abrechnen. Hinzu kommt der Chronikerzuschlag für einen Arzt-Patienten-Kontakt (13,00 Euro). Die Leistung wird insgesamt mit 59,50 Euro bewertet.

1 SCHLANKE VERSICHERTENPAUSCHALE UND STÄRKERE ALTERSDIFFERENZIERUNG

SCHLANKE VERSICHERTENPAUSCHALE

Ein Großteil dessen, was der Hausarzt leistet, ist mit der Versichertenpauschale abgedeckt. Zum 1. Oktober 2013 werden zwei Leistungen herausgenommen (siehe Punkte 2 und 3) und separat vergütet:

- das ausführliche hausärztliche Gespräch
- das Vorhalten von Praxisstrukturen, die zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung erforderlich sind

Die Bewertung der Versichertenpauschale sinkt entsprechend.

FÜNF ALTERSGRUPPEN

Statt drei Altersgruppen gibt es künftig fünf. Zugleich wird es einfacher, die Pau-

schale abzurechnen: Statt bisher drei GOP für jede der drei Altersgruppen, gibt es künftig eine GOP für alle fünf. Die Altersstaffelung wird automatisch zugesetzt.

DIE FÜNF NEUEN ALTERSGRUPPEN

Hälftige Pauschale bei Überweisung / Vertretung

PATIENTEN	GOP 03000 / 04000	GOP 03010 / 04010
bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	23,60 Euro	11,80 Euro
vom 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	15,00 Euro	7,50 Euro
vom 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12,20 Euro	6,10 Euro
vom 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15,70 Euro	7,90 Euro
ab dem 76. Lebensjahr	21,00 Euro	10,50 Euro

2 SEPARATE VERGÜTUNG FÜR DAS HAUSÄRZTLICHE GESPRÄCH

➤ GOP 03230 / 04230 BEWERTUNG 9,00 EURO

Ärzte können das ausführliche hausärztliche Gespräch mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson künftig separat abrechnen. Es wird mit 9,00 Euro bewertet. Voraussetzung ist, dass es mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht.

GESPRÄCHSKONTINGENT FÜR JEDE PRAXIS

Damit eine Ausweitung der Gesprächsleistungen nicht zu Lasten anderer Ärzte geht, erhält jede Praxis ein quartalsbezogenes Kontingent: Die Höhe richtet sich nach der Zahl der Behandlungsfälle, für jeden werden 4,50 Euro bereitgestellt.

Rechenbeispiel: Einer Praxis mit 1.000 Fällen steht ein Gesprächskontingent von

4.500 Euro im Quartal zur Verfügung. Für 4.500 Euro könnten bis zu 500 ausführliche Gespräche mit je 9,00 Euro abgerechnet werden (500 Gespräche x 9,00 Euro = 4.500 Euro).

HINWEIS

In die Berechnung des Kontingents fließen fast alle Behandlungsfälle ein. Ausgenommen sind beispielsweise Notfälle im organisierten Bereitschaftsdienst.

KEINE SORGE: Die Grundstruktur des Hausarzt-EBM ändert sich nicht. Das Spektrum der Gebührenordnungspositionen (GOP) bleibt im Wesentlichen erhalten. Auch die Abrechnung wird nicht aufwändiger. So wird die Altersdifferenzierung bei der Versichertenpauschale bei der Quartalsabrechnung automatisch zugesetzt.

FALLBEISPIEL B

Ein dreijähriges Mädchen hat Neurodermitis und es besteht Verdacht auf das Asperger Syndrom, eine tief greifende Entwicklungsstörung (ICD-10-Kode 84.5). Die Behandlung des Mädchens erfolgt an zwei Behandlungstagen: Am ersten Tag erfolgt ein problemorientiertes Gespräch mit der Mutter, am zweiten die sozialpädiatrische Abklärung bezüglich der Verdachtsdiagnose. Der Arzt kann nun Folgendes abrechnen: die Versichertenpauschale (Bewertung: 23,60 Euro), den Chronikerzuschlag für zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte (15,00 Euro), die neue Vorhaltepauschale (14,00 Euro), die neue Gesprächsleistung (9,00 Euro) und die neue sozialpädiatrisch orientierte Beratung (14,50 Euro). Zusammen wird die Leistung mit 76,10 Euro bewertet.

3 NEUE PAUSCHALE FÜR DAS VORHALTEN VON STRUKTUREN

➤ **GOP 03040 / 04040**
Bewertung: 14,00 Euro

Wer hausärztlich tätig ist, hält in seiner Praxis bestimmte Grundstrukturen vor. Die Finanzierung ist bisher mit der Versichertenpauschale abgegolten. Künftig erfolgt sie separat: Jeder Hausarzt erhält eine Pauschale für die Vorhaltung hausärztlich notwendiger Strukturen. Sie wird in der Regel einmal im Behandlungsfall neben der Versichertenpauschale gewährt und bei der Quartalsabrechnung automatisch zugesetzt.

AUFSCHLAG / ABSCHLAG

Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt im Quartal erhalten einen Aufschlag von zehn Prozent auf die Pauschale. Bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt erfolgt ein Abschlag von zehn Prozent.

WANN DIE PAUSCHALE NICHT GILT

➤ Die Pauschale ist nicht abrechnungsfähig, wenn der Arzt in einem Behandlungsfall Leistungen durchführt, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen

Versorgungsbereich zählen, zum Beispiel Akupunktur oder Psychotherapie. Denn die Vergütung der Grundstrukturen ist in der Kalkulation dieser Leistungen bereits anteilig berücksichtigt.

➤ Für Leistungen auf Überweisung eines anderen Hausarztes oder im Vertretungsfall wird keine Vorhaltepauschale gezahlt. **Ausnahme:** Hausärzte, die auf Diabetiker oder HIV-Patienten spezialisiert sind, können die Pauschale in diesen Behandlungsfällen auch im Überweisungs- oder Vertretungsfall abrechnen. Sie wird dann mit 7,00 Euro bewertet.

4 DER CHRONIKERZUSCHLAG WIRD NEU GEREGLT

➤ **GOP 03220 / 04220**
ein persönlicher APK
Bewertung: 13,00 Euro

➤ **GOP 03221 / 04221**
ab zwei persönlichen APK
Bewertung: 15,00 Euro

Bisher kann der Chronikerzuschlag noch nicht bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) im Quartal

abgerechnet werden – künftig schon. Damit wird der höhere Aufwand bei der Behandlung chronisch Kranker besser abgebildet. Somit gibt es jetzt zwei GOP.

Ausnahme: In Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag gehören, ist der Chronikerzuschlag nicht berechnungsfähig. Hierbei gelten die gleichen Ausnahmen wie bei der Vorhaltepauschale (siehe Punkt 3).

Faustregel: Keine Vorhaltepauschale – kein Chronikerzuschlag.

HINWEIS

Ärzte können den Chronikerzuschlag abrechnen, wenn der Patient im Zeitraum der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen jeweils mindestens einen Arzt-Patienten-Kontakt hatte. Davon müssen zwei persönlich stattgefunden haben.

FALLBEISPIEL C

Ein Hausarzt behandelt vertretungsweise einen 56-Jährigen zweimal im Quartal. Der Patient hat Diabetes mellitus Typ 2 und KHK. Da er den Mann vertretungsweise behandelt, rechnet der Arzt auch nur die hälftige Versichertenpauschale ab (Bewertung: 7,90 Euro). Da er mit dem Patienten aber bei jedem Besuch ein problemorientiertes ausführliches Gespräch führt, kann er zusätzlich zweimal die Gesprächsleistung abrechnen (18,00 Euro). Seine Vertretungsleistung wird mit insgesamt 25,90 Euro bewertet.

FALLBEISPIEL D

Ein Hausarzt behandelt einen 77-Jährigen mit Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung, Schwindel, Hypertonie und Koronarer Herzkrankheit (KHK). Der Mann kommt dreimal im Behandlungsfall. Beim 1. und 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ein problemorientiertes längeres Gespräch mit dem Patienten. Im Rahmen der Diagnostik wird ein EKG geschrieben, das geriatrische Basisassessment durchgeführt und ein Langzeit-EKG angelegt.



5 NEUE LEISTUNGEN WERDEN EINGEFÜHRT

Um die ambulante Versorgung sehr alter und schwer kranker Menschen zu verbessern, werden Leistungen neu in den EBM aufgenommen. Die Kassenärzt-

liche Bundesvereinigung konnte erreichen, dass die Krankenkassen dafür 124 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr bereitstellen.

Ein extra Qualifikationsnachweis ist nicht erforderlich, damit Ärzte diese neuen Leistungen abrechnen können.

GERIATRISCHE VERSORGUNG VON PATIENTEN

Zur Betreuung geriatrischer Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben, wird eine neue GOP eingeführt. Die GOP zum Basisassessment wird angepasst.

➤ **GOP 03362**
Geriatrischer Betreuungskomplex
Bewertung: 15,90 Euro
einmal im Behandlungsfall

➤ **GOP 03360**
Geriatrisches Basisassessment
Bewertung: 12,20 Euro
einmal im Behandlungsfall
maximal zweimal im Krankheitsfall

LEISTUNGEN DER ALLGEMEINEN PALLIATIVVERSORGUNG

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung werden neue GOP in den EBM aufgenommen.

➤ **GOP 03370 / 04370**
Eingangsdiagnostik
Bewertung: 34,10 Euro
einmal im Krankheitsfall

➤ **GOP 03371 / 04371**
Zuschlag zur Versichertenpauschale für Betreuung in der Arztpraxis
Bewertung: 15,90 Euro
einmal im Behandlungsfall

➤ **GOP 03372 / 04372**
Zuschlag für reguläre Hausbesuche
Bewertung: 12,40 Euro
je vollendete 15 Minuten

➤ **GOP 03373 / 04373**
Zuschlag für dringende Hausbesuche
Bewertung: 12,40 Euro je Besuch

SOZIALPÄDIATRISCHE LEISTUNG DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

Der zusätzliche Aufwand bei der Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder wird künftig stärker berücksichtigt. Dazu wird für die sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung eine neue GOP eingeführt.

➤ **GOP 04355**
Bewertung: 14,50 Euro
einmal im Behandlungsfall

MEHR INFORMATIONEN

➤ Übersicht aller Leistungen, die zum Ausschluss der Vorhaltepauschale und des Chronikerzuschlags führen, und Weiteres zum Thema EBM:
www.kbv.de/honorar

ABRECHNUNG FALLBEISPIEL D

ALT

GOP 03112 Versichertenpauschale (ab 60 Jahre)	36,10 Euro
GOP 03212 Chronikerzuschlag	17,50 Euro
GOP 03322 Langzeit-EKG	6,70 Euro
GOP 03240 Geriatrisches Basisassessment	13,10 Euro

Zusammen **73,40 Euro**

NEU

GOP 03000 Versichertenpauschale (ab 76. Lebensjahr)	21,00 Euro
GOP 03221 Chronikerzuschlag	15,00 Euro
GOP 03322 Langzeit-EKG	6,70 Euro
GOP 03360 Geriatrisches Basisassessment	12,20 Euro
GOP 03362 Neuer geriatrischer Betreuungskomplex	15,90 Euro
GOP 03040 Neue Vorhaltepauschale	14,00 Euro
GOP 03230 Neue Gesprächsleistung (2 x 10 Minuten)	18,00 Euro

Zusammen **102,80 Euro**

Die Facharzt-Pauschale

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird zum 1. Oktober 2013 ein neuer Zuschlag eingeführt – die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG). Sie ist ein erster Schritt, um die fachärztliche Grundversorgung zu stärken. Dies ist dringend erforderlich, um weiterhin eine wohnortnahe Facharztversorgung sicherstellen zu können. Denn bereits jetzt ist der Ärztemangel spürbar. Neben Hausärzten fehlen vor allem Mediziner, die sich um die fachärztliche Basisversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung kümmern. Ein Grund: Fachgruppen der Grundversorgung haben an Attraktivität verloren. Schuld daran ist auch die unzureichende Finanzierung der Leistungen. Deshalb wird als erste Maßnahme im Zuge der Weiterentwicklung des EBM eine Pauschale eingeführt, die zusätzlich abgerechnet werden kann.

FALLBEISPIELE

Ein 45-Jähriger kommt mit Schmerzen im Knie zum Orthopäden. Der Arzt untersucht den Patienten und stellt keine Hinweise für einen Kniebinnenschaden fest. Das Röntgenbild des Knies ist unauffällig. Unter der konservativen Behandlung sind die Beschwerden rückläufig und klingen im Verlauf vollständig ab. Abrechnen kann er dann die orthopädische Grundpauschale (Bewertung: 18,20 Euro), die Röntgenaufnahme (10,60 Euro) und die Zusatzpauschale für die Behandlung und Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (21,60 Euro). Zusätzlich erhält er jetzt die PFG (2,60 Euro). Die Leistung wird insgesamt mit 53,00 Euro bewertet.

HINWEIS

Erfolgt ein operativer Eingriff, zum Beispiel aufgrund eines Kniebinnenschadens, so entfällt die PFG. Die Operation zählt nicht zur Grundversorgung.

DIE FACHARZT-PAUSCHALE IM ÜBERBLICK

WER KANN SIE ABRECHNEN?

➤ Jeder Facharzt, der zu einer Fachgruppe der Grundversorgung gehört, zum Beispiel Augenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte, Chirurgen und Hautärzte.

WANN WIRD SIE ABGERECHNET?

➤ In jedem Behandlungsfall, in denen ein Facharzt der Grundversorgung ausschließlich Leistungen der Grundversorgung durchführt.

WANN WIRD SIE NICHT ABGERECHNET?

➤ In Behandlungsfällen, in denen ein Facharzt der Grundversorgung spezialisierte Leistungen wie ambulante Operationen, Akupunktur oder Schmerztherapie durchführt. Die ausgeschlossenen Leistungen werden im Anhang 3 zum EBM gekennzeichnet.

WIE HÄUFIG KANN SIE ABGERECHNET WERDEN?

➤ Einmal im Behandlungsfall als Zuschlag zu den Grundpauschalen der jeweiligen Fachgruppe.

WIE WIRD SIE FINANZIERT?

➤ Die Pauschale wird aus Einsparungen und Honorarzuwächsen im fachärztlichen Versorgungsbereich finanziert. Dazu kommen 126 Millionen Euro, die die Krankenkassen zusätzlich bereitstellen.

WARUM IST DIE PAUSCHALE UNTERSCHIEDLICH HOCH?

➤ Für die Vergütung der Pauschale steht für jede Fachgruppe zusätzliches Geld bereit. Die höchsten Zuwächse verzeichnen Fachgruppen mit einem sehr hohen Anteil an Grundleistungen, zum Beispiel Augenärzte und HNO-Ärzte. Rechnet ein Augenarzt beispielsweise im Jahr 5.000 Fälle ohne spezialisierte Leistungen ab, so erhält er für jeden dieser Fälle die PFG und damit insgesamt 8.000 Euro zusätzlich. Ein Psychotherapeut hat in einem Jahr zehn Fälle, bei denen er keine Richtlinien-Psychotherapie oder andere spezialisierte Leistungen abrechnet. Er erhält über die PFG 159 Euro.

Generell gilt: Mehr Grundversorgung bedeutet mehr Honorar über die PFG.



MEHR INFORMATIONEN
 ➤ Übersicht aller Leistungen, die zum Ausschluss der Facharzt-Pauschale führen, und Weiteres zum Thema EBM: www.kbv.de/honorar

WIE VIEL HONORAR FÜR DIE PFG ZUSÄTZLICH IN DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG (MGV) BEREITSTEHT

Fachgruppen der Grundversorgung	MGV-Honorarzuwachs durch PFG		Bewertung PFG in Euro	GOP
	Mio. Euro	in Prozent		
Anästhesiologie	1,6	1,2	7,00	05220
Augenheilkunde	45,2	6,3	1,60	06220
Chirurgie	25,0	5,1	2,70	07220
Gynäkologie	58,8	5,8	2,50	08220
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	36,8	6,0	2,20	09220
Phoniatrie und Pädaudiologie				20220
Dermatologie	20,6	4,7	1,30	10220
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	6,46	3,0	3,60	13220
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	6,6	5,0	8,00	14214
Neurologie	44,4	5,2	3,50	16215
Nervenheilkunde und Psychiatrie				21218
Orthopädie	52,7	4,9	2,60	18220
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2,2	3,1	6,00	27220
Psychosomatik und Psychotherapie	18,2	1,1	15,90	22216
Psychotherapie (ärztlich und psychologisch), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie				23216
Urologie	20,1	4,8	3,00	26220

1. Stufe
ab 1.10.2013

HAUSARZT-EBM

- Die Versichertenpauschale wird schlanker und stärker altersdifferenziert
- Das hausärztliche Gespräch wird Einzelleistung
- Neue Pauschale für das Vorhalten von Strukturen
- Neuregelung des Chronikerzuschlags
- Einführung neuer Leistungen

FACHARZT-EBM

- Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

2. Stufe
ab 1.7.2014

DIE UMBAUARBEITEN AM EBM GEHEN WEITER

Mitte 2014 erfolgen weitere Anpassungen beim Hausarzt- und Facharzt-EBM. So ist für technikgestützte Leistungen im hausärztlichen Bereich eine neue Vergütungssystematik geplant. Sie soll dazu beitragen, dass sich moderne Technik wie Ultraschallgeräte auch für Hausarztpraxen, die nicht so viele Untersuchungen durchführen, rentiert. Außerdem kommt die vor Jahren erfolgte Kalkulation der haus- und fachärztlichen Leistungen auf den Prüfstand.

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de
Redaktion: Dezernat Kommunikation der KBV;
Dezernat 3 Vergütung, Gebührenordnung und
Morbiditätsorientierung – Abteilung EBM-
Gebührenordnung und Vergütung
Gestaltung: www.malzwei.de
Fotos: © Corbis, Mario Castello; © Fotolia.com,
Picture-Factory; © Pantherstock.com, Yuri Arcurs
Stand: August 2013

*Aus Gründen der Lesbarkeit verwendet diese Publikation
in der Regel die männliche Form der Personenbezeichnung.
Selbstverständlich sind stets beide Geschlechter gemeint,
wenn nicht anders vermerkt.*