



Weiterentwicklung des EBM: Reformdetails und Hintergründe

Info-Forum & Erfahrungsaustausch – Regionaltreffen OST, 15. Mai 2013, Halle
Bundesverband Medizinische Versorgungszentren
Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung e.V.

Dr. John
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt



- Grundsatzpositionen der KBV:
Erwartungen der niedergelassenen Vertragsärzte
und –psychotherapeuten an eine zukunftssichere
ärztliche Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

2

Grundsatzpositionen der KBV

- **Anlässe:**
 - Beginnender Bundestagswahlkampf
 - Zu erwartende Gesetzgebungstätigkeit in der neuen Legislaturperiode
- **Rahmenbedingungen:**
 - Finanzielle und organisatorische Herausforderungen
 - Alterung der Gesellschaft
 - Medizinisch-technischer Fortschritt
 - Weitere dynamische Entwicklungen
 - Arzneimittel und Medizinprodukte
 - Innovationen
 - Spürbarer Mangel an Ärzten, Psychotherapeuten, nichtärztlichen Fach- und Pflegekräften

Grundsatzpositionen der KBV: Erforderliche Maßnahmen


- **Dauerhafte Stabilisierung der GKV-Finanzierung**
 - Erhalt der solidarisch finanzierten GKV
 - Steuerfinanzierung „versicherungsfremder Leistungen“
 - Strikte Trennung GKV/PKV
 - Verbreiterung der Basis der Beitragsbemessung
- **Stärkung des Sicherstellungsauftrages**
 - Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit
 - Feste und kostendeckende Preise
 - Abschaffung versorgungsfremder Mengensteuerungen
 - Wiederherstellung der ärztlichen Autonomie in Fragen der ärztlichen Qualifikation
 - Abschaffung von Regressen für veranlasste Leistungen
 - Betonung des Primats der Erbringung ambulanter Leistungen durch zugelassene Vertragsärzte und –psychotherapeuten
 - Ermöglichung kassenspezifischer Gesamtverträge
 - Online-Vernetzung in Hände der ärztlichen Selbstverwaltung
 - Bürokratiearme Lösungen
 - Klare Wettbewerbsordnung zum Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag
 - Ausbau der Versorgungsforschung
 - Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung



Steuerung der Inanspruchnahme - Wahltarife im Überblick

Wahltarif I	Wahltarif II Eigenbeteiligung (+)	Wahltarif III Zusatzbeitrag (++)
<ul style="list-style-type: none">▪ Sachleistungsprinzip▪ Patient wählt einen Hausarzt▪ Inanspruchnahme des Facharztes nur auf Überweisung durch den Hausarzt▪ Inanspruchnahme des Facharztes ohne Überweisung: Kostenerstattung für den Patienten	<ul style="list-style-type: none">▪ Freier Zugang zum Haus- und Facharzt▪ Sachleistungsprinzip beim Hausarzt▪ Kostenerstattung beim Facharzt▪ Ggf. Eigenbeteiligung bei der Kostenerstattung <p>Kennzeichen eGK</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Sachleistungsprinzip▪ Freier Zugang zum Haus- und Facharzt▪ Zusatzbeitrag (++) bei der Krankenkasse zu leisten <p>Kennzeichen eGK</p>

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt 5



Grundsatzpositionen der KBV: Erforderliche Maßnahmen

- Verbesserung der Prävention
 - Arzt als Präventionslotse im SGB V stärken
- Anpassung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung an Versorgungsnotwendigkeiten
 - Stärkere Rolle der ambulanten Tätigkeit in der universitären Ausbildung
 - Lehrstühle für Allgemeinmedizin
 - Verankerung der mindestens 6-monatigen Pflichtweiterbildung über das Fach Allgemeinmedizin hinaus für weitere patientennahe Gebiete einschließlich der erforderlichen Finanzierungsgrundlage
 - Ausbau des Förderprogramms Allgemeinmedizin und Prüfung der Ausweitung auch auf wohnortnahe fachärztliche Versorgungsbereiche

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt 6

- Entwicklung der Finanzmittel für ambulante Versorgung in Sachsen-Anhalt 2013

Entwicklung der Finanzmittel für ambulante Versorgung in Sachsen-Anhalt 2013

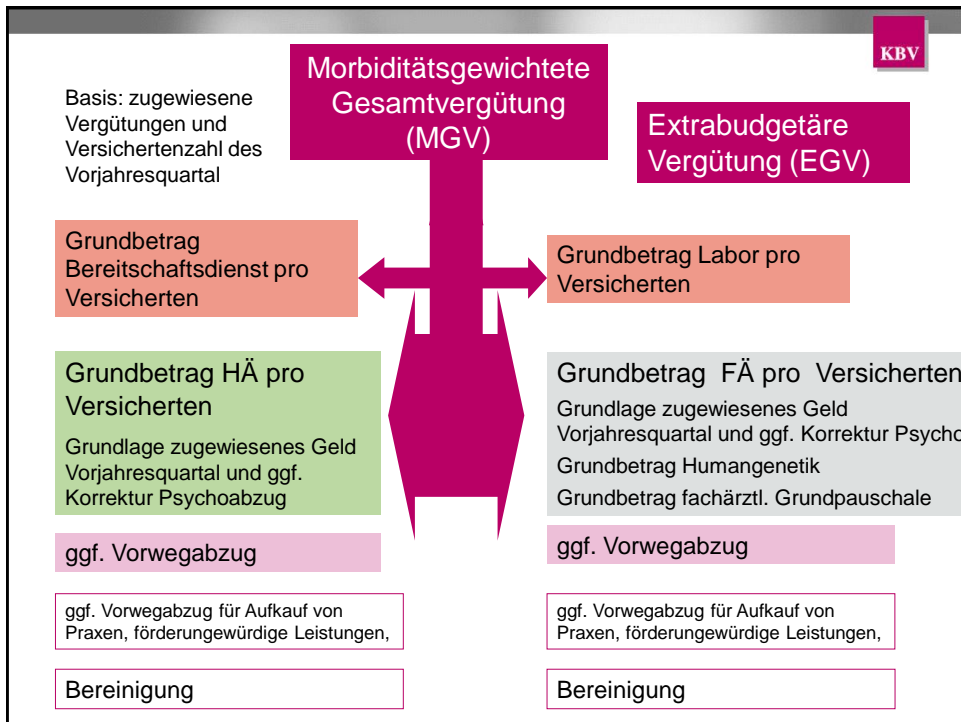
- Schiedsamt entscheidet über die Finanzmittel für den ambulanten Bereich erstmals unter Berücksichtigung der besonderen Morbiditätslast in Sachsen-Anhalt
 - Zusätzliche Steigerung der Finanzmittel für die ambulante Versorgung um 12% verteilt auf die Jahre 2013 bis 2015
 - 2015: Überprüfung der Morbiditätslast der Versicherten
 - Anerkennung einer Morbiditätsveränderungsrate in Höhe von 2,6931%
 - Daneben zweckgebundene Erhöhung um ca. 1,1 % und Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen 0,66 %
 - Förderung der Hausärztlichen Versorgung (Geriatric, Palliativ, Kindern mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität)
 - sowie der Fachärztlichen Grundversorgung
- Krankenkassen beklagen Entscheidung des Schiedsamtes

- Konzepte der KBV
 - Zur Weiterentwicklung der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil
 - Zum Hausarzt-EBM
 - Zum Facharzt-EBM



Konzept der KBV
zur Weiterentwicklung der Trennung

Ziel Umsetzung: 01.10.2013



A slide with a KBV logo in the top right corner. The text in the center reads: **Konzept der KBV zur Weiterentwicklung der Hausarzt-Kapitel**

Ziele des KBV-Konzepts zur Weiterentwicklung der Hausarzt-Kapitel im EBM

Darstellung des Spektrums der hausärztlichen Tätigkeit

Bereitstellung der finanziellen Mittel des Versorgungsbereiches
für die Hausarztpraxen, die den hausärztlichen Versorgungsauftrag
tatsächlich wahrnehmen

Sicherung der wirtschaftlichen Basis der Hausarztpraxis
(Amortisation von Geräten)

Darstellung des Behandlungsbedarfes in Abhängigkeit von der Morbidität
der Patienten

Umsetzung voraussichtlich in 2 Stufen

- 1. Stufe ggf. zum 1. Oktober 2013
- 2. Stufe ggf. zum 1. April 2014 oder 1. Juli 2014

Das KBV-Konzept zur Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM umfasst folgende Teilaspekte:

1. Anpassung der Anlage 5 BMV-Ä/EKV
2. Neue EBM-Struktur im Kapitel 3 und 4
3. Änderung der Bewertungssystematik

Die Anpassung der Anlage 5 BMV-Ä/EKV ...

Definition des grundsätzlichen hausärztlichen Leistungsspektrums
anhand der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO) in der Fassung vom 25.06.2010

- **Abgrenzung abweichender Leistungen**, deren Erbringung über den eigentlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag hinausgehen und die potentiell zur Einschränkung der eigentlichen hausärztlichen Versorgung führen
- Aufnahme eines **Anhangs 5.1**: „Leistungen, die vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsspektrum abweichen“

Anhang 5.1 zur Anlage 5 dient der Abgrenzung des grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsspektrums

Anhang 5.1: Leistungen, die vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsspektrum abweichen

Bei der Erbringung folgender Leistungen erfolgt die Vergütung der Grundstrukturen gemäß 6 Abs. 1 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).


1. Schmerztherapie gemäß den Abschnitten 30.7.1 und 30.7.2 EBM
2. Akupunktur gemäß Abschnitt 30.7.3 EBM
3. Psychotherapie gemäß der Abschnitte 35.1 und 35.2 EBM mit Ausnahme der differential-diagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und der verbalen Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
4. Phlebologie gemäß Abschnitt 30.5 EBM
5. Schlafstörungsdiagnostik gemäß Abschnitt 30.9 EBM
6. *HIV/AIDS-Schwerpunktversorgung gemäß Abschnitt 30.10 EBM*
7. Spezifische onkologische Leistungen gemäß den GOPen 02101 und 01510-01512
8. *Spezifische diabetologische Leistungen entsprechend der Versorgungsstufe II*
9. Leistungen nach den Vereinbarungen gemäß 5 dieses Vertrages
10. Leistungen im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) durch Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 3 Abs. 1 Nrn. 1 und 3
11. *Leistungen der Drogensubstitution gemäß Abschnitt 1.8 EBM*

Das KBV-Konzept zur Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM umfasst folgende Teilaspekte:

1. Anpassung der Anlage 5 BMV-Ä/EKV
2. Neue EBM-Struktur im Kapitel 3 und 4
3. Änderung der Bewertungssystematik

Versichertenpauschale (GOP 03000)

Neue Abgrenzung der Altersgruppen bei der Versichertenpauschale (automatische Zuordnung durch KV)

- bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
 - vom 6. bis zum vollendeten 59.
 - ab dem 60. Lebensjahr
- 
- bis zum vollendeten 2. Lebensjahr
 - vom 3. bis zum vollendeten 5.
 - vom 6. bis zum vollendeten 18.
 - vom 19. bis zum vollendeten 54.
 - vom 55. bis zum vollendeten 74.
 - ab dem 75. Lebensjahr

Ausgliederung von Leistungen aus der Versichertenpauschale

Einführung einer Versorgungsbereichsspezifischen Grundpauschale für die hausärztliche Versorgung gemäß Anlage 5 BMV-Ä/EKV

- ein Vertragsarzt erhält für die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrag gemäß § 6 der neugefassten Anlage 5 zum BMV-Ä/EKV eine Versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale
- **diese wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und soll im PVS automatisch eingefügt werden**
- sofern Leistungen gemäß Anhang 5.1 der Anlage 5 BMV-Ä/EKV erbracht und berechnet werden, wird in diesem **Behandlungsfall** die Versorgungsbereichs-spezifische Grundpauschale nicht vergütet

KBV

Ausgliederung von Leistungen aus der Versichertenpauschale

03206 Ausführliches ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit **einer Abklärung, Beratung, Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen**

Obligator Leistungsinhalt

- mit einem Patienten und/oder
- einer Bezugsperson und/oder
- Teilnehmern eines interdisziplinären/-sektoralen Teams und/oder
- Angehörigen komplementärer Heilberufe und/oder flankierender Dienste, einmal im Behandlungsfall
- mindestens 15 Minuten Dauer,

03320 **Elektrokardiographische Untersuchung mit mindestens 12 Ableitungen (EKG)**

03450 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung** bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge

03325 **ABI-Messung** - Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (oder Taschendoppler)

KBV

Chronikerzuschlag (GOP 03200)

Neufassung des Chronikerzuschlags: Zuschlag zur VP in 4 Stufen

03212

„alt“

Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit **einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en)** gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V,

Obligator Leistungsinhalt

- Mindestens **2 Arzt-Patienten-Kontakte**, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

495 Punkte

03200

„neu“

Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung eines Patienten mit **mindestens einer chronischen Erkrankung gemäß der Tabelle 01**,

Obligator Leistungsinhalt

- Mindestens **1 Arzt-Patienten-Kontakt**, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000:

- bei **mindestens einer Erkrankung** XX €,
- bei **mindestens zwei Erkrankungen** XX €,
- bei **mindestens drei Erkrankungen** XX €,
- bei **mehr als 3 Erkrankungen** gemäß der Tabelle 01 XX €.

NEU! Der Chronikerzuschlag soll in **Behandlungsfällen**, in denen Leistungen gemäß Anhang 5.1 der Anlage 5 BMV-Ä/EKV mit Ausnahme der Leistungen der HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen erbracht werden, nicht berechnungsfähig sein.

Chronikerzuschlag wird automatisch zugesetzt

Zuordnung ICD-10-Kodes erforderlich

Beispiele:

Krankheits-
gruppe

Gefäß und Kreislauferkrankungen

I70.0, I70.1, I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.8,
I70.9, I73.9, I77.1

Krankheits-
gruppe

Hypertensive Erkrankungen

I10.0, I10.00, I10.01, I10.1, I10.10, I10.11, I10.9, I10.90, I10.91,
I11.0, I11.0, I11.00, I11.01, I11.9, I11.90, I11.91, I12.9, I12.90, I12.91,
I13.0, I13.00, I13.01 ...

Krankheits-
gruppe

Herzerkrankungen

I10.58, I07.1, I08.0, I20.8, I20.9, I25.0, I25.10, I25.11, I25.12, I25.13,
I25.19, I25.2, I25.20, I25.21, I25.22, I25.29, I25.8, I25.9, I34.0, I35.0,
I35.1, I33.2, I35.8 ...

Besondere Einzelleistungen und Leistungskomplexe

Beibehaltung der Leistungen aus 3.2.2,

- 03241 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG ...
- 03321 Belastungs-EKG
- 03322 Aufzeichnung eines Langzeit-EKG ...
- 03324 Langzeitblutdruckmessung
- 03330 Spirographische Untersuchung
- 03331 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex
- 03332 Zuschlag zu der GOP 03331 für die Polypentfernung(en)
- 03335 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung
- 03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung ...
- 03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung ...
- 03352 Zuschlag zu den GOPen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der GOPen 03350 und/oder 03351 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung
- 03364 CW-Doppler extrakranielle Gefäße
- 03365 CW-Doppler Extremitätengefäße

KBV

Einführung neuer Leistungen (gemäß Beschluss des BA in 288.Sitzung am 22.10.2012)

03420

Zuschlag zur Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die hausärztliche geriatrische Basisversorgung

Obligatorer Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden **motorischen, kognitiven, emotionellen** und/oder **organbedingten** Einschränkungen,
- Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS) und/oder
- Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment) und/oder
- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD), - Beratung zu geriatrisch-therapeutischen Maßnahmen zur Minderung z. B.:
 - des Sturzrisikos,
 - der Immobilität,
 - von diätetischen Defiziten,
 - der Beeinträchtigungen bei Demenz,
 - von Depressionen,
- Überprüfung, ggf. Anpassung einer **(Mehrfach-)Medikation**,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination mit Pflegediensten und/oder Pflegeheimen,
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt/Ärzten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03420 ist nur bei Patienten nach Vollendung des 70. Lebensjahres bei Vorliegen geriatrischer Problemstellungen und mindestens drei chronischen Erkrankungen gemäß der Tabelle 01 und/oder bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen berechnungsfähig: F00-F04 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20 Primäres Parkinson-Syndrom, G21 Sekundäres Parkinson-Syndrom, G22 Parkinson-Syndrom bei andernorts klassifizierten Krankheiten.

KBV

Unter der Voraussetzung, dass zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden

Qualifikationsabhängig (60 Stunden Kurs Geriatrie BÄK)

03422

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03420 in Zusammenhang mit der speziellen hausärztlichen geriatrischen Versorgung

Obligatorer Leistungsinhalt

- Indikationsstellung und prognostische Einschätzung konservativer und/oder invasiver Therapiemaßnahmen geriatrischer Syndrome und/oder
- Einleitung und ggf. Durchführung **geriatrisch-therapeutischer Maßnahmen** zur Minderung z.B.:
 - des Sturzrisikos,
 - der Immobilität,
 - von diätetischen Defiziten,
 - der Beeinträchtigung bei Demenz,
 - von Depressionen,
- Überprüfung, ggf. **Optimierung einer (Mehrfach-)Medikation** an Hand eines/von Checkliste(n) (z.B. Priscus-Liste),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination mit Pflegediensten und/oder Pflegeheimen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03422 ist nur bei Patienten nach Vollendung des 70. Lebensjahres bei Vorliegen geriatrischer Problemstellungen und mindestens drei chronischen Erkrankungen gemäß der Tabelle 01 und/oder bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen berechnungsfähig: F00-F04 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20 Primäres Parkinson-Syndrom, G21 Sekundäres Parkinson-Syndrom, G22 Parkinson-Syndrom bei andernorts klassifizierten Krankheiten.

KBV

Unter der Voraussetzung, dass zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden

Qualifikationsabhängig (40 Stunden Kurs Geriatrie BÄK)

03431 Palliativmedizinische Betreuungspauschale

Obligator Leistungsinhalt

- Beratung und Betreuung des Patienten, der Bezugsperson und/oder des Betreuers des Patienten und/oder
- Koordination von diagnostischen, therapeutischen und/oder pflegerischen Maßnahmen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontakt zum SAPV-Team oder einer vergleichbaren Einrichtung, einmal im Behandlungsfall

KBV

Einführung neuer Leistungen (gemäß Beschluss des BA in 288.Sitzung am 22.10.2012)

03433 Telefonische (Krankenhaus-)Überleitungsvisite

03435 Persönliche Überleitungsvisite

03437 Zuschlag zu Hausbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen 03410, 03411, 03412 sowie 03415

03439 Zuschlag zu Hausbesuchen nach den Gebührenordnungspositionen 03410, 03411, 03412 sowie 03415

Weitere strukturelle Anpassungen

Überführung von Leistungen in Kapitel 3 gemäß M-WBO

Leistungen	GOPen bislang	GOPen neu
Kleinchirurgische Eingriffe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 02300 und 02301 ▪ 02301 und 02302 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03354 ▪ 03355
Ultraschalldiagnostik (Sonographische Untersuchungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 33012 ▪ 33042 ▪ 33060 ▪ 33061 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03360 ▪ 03362 ▪ 03364 ▪ 03365
Psychosomatische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35100 ▪ 35110 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03370 ▪ 03372
Besuchspauschalen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40240 ▪ 40870 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03401 ▪ 03403 und 03405
Besuche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 01410 ▪ 01411 ▪ 01412 ▪ 01413 ▪ 01415 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 03410 ▪ 03411 ▪ 03412 ▪ 03413 ▪ 03415

Delegation von Leistungen an MFA

03401 Aufsuchen durch einen vom Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter

03403 ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (qualifizierte MFA, VERAH)

03405 ärztlich angeordnete Hilfeleistungen mit telemedizinischer Unterstützung

03403

Pauschale für gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V **ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag vorliegen.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen des Patienten zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
- Dokumentation gemäß der Präambel 3.2.3.4 Nr. 6,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Arzt-Ersatzkassenvertrag,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

KBV

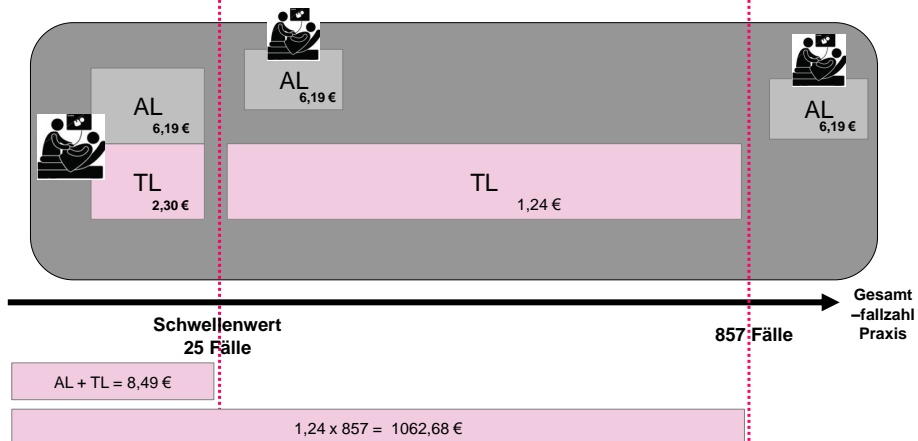
2. Stufe der Umsetzung

- Überprüfung des STABS
 - Kosten (Personal, Geräte, Räume...)
 - Kalkulationszeiten
 - Auslastung (Tarifgeber)
- Fixkostenfinanzierung und ggf. -abstaffelung

KBV

Strukturelle Änderungen zur Fixkostendeckung Zuschlagssystematik Vorhaltung

Beispiel: 03360 Schilddrüsen - Sonographie



Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Ziel: 01.10.2013

Struktur der Einführung der PFG

Beratungs- und Verhandlungspaket



1. **Anlage zum BMV-Ä**, welche die Partner der Bundesmantelverträge nach § 82 Abs. 1 SGB V zu beschließen haben
2. **EBM-Änderungen**, die der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 2 SGB V zu beschließen hat
3. **Vorgaben der KBV** nach § 87b Abs. 4 S. 2 SGB V

KBV

1. Anlage 5a zum BMV-Ä: Vertrag über die fachärztliche Grundversorgung

- § 1 Zweck des Vertrages
- § 2 Versorgungsfunktion der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in der fachärztlichen Grundversorgung
- § 3 Abgrenzung zur hausärztlichen Versorgung
- § 4 Abgrenzung zur fachärztlichen Spezialversorgung
- § 5 Arztgruppen, Fachgebieteninhalte und Qualifikationen in der fachärztlichen Grundversorgung
- § 6 Gemeinsame Berufsausübung mit Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten anderer Versorgungsbereiche
- § 7 Inkrafttreten

KBV

Anlage 5a zum BMV-Ä Festlegung fachärztliche Grundversorger

Abrechnungsgebiet	Grundversorger	Abrechnungsgebiet	Grundversorger
Anästhesiologie	ja	Kinder- und Jugendpsychiatrie	ja
Augenheilkunde	ja	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	ja
Chirurgie	ja	Neurologie	ja
Gynäkologie	ja	Nervenheilkunde und Psychiatrie	ja
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	ja	Orthopädie	ja
Hautarzt	ja	Phoniatrie und Pädaudiologie	ja
Humangenetik	ja	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	ja
Innere Medizin gesamt	ja	Ärztl. und Nicht-Ärztl. PT, KJP	ja
<i>Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt</i>	ja	Urologie	ja
<i>Innere Medizin, SP Angiologie</i>	ja	Physikalische und Rehabilitative Medizin	ja
<i>Innere Medizin, SP Endokrinologie</i>	ja		
<i>Innere Medizin, SP Gastroenterologie</i>	ja	Rein auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 BMV	Grundversorger
<i>Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie</i>	ja	Labormedizin	nein
<i>Innere Medizin, SP Kardiologie</i>	ja	Nuklearmedizin	nein
<i>Innere Medizin, SP Nephrologie</i>	ja	Pathologie	nein
<i>Innere Medizin, SP Pneumologie</i>	ja	Radiologie	nein
<i>Innere Medizin, SP Rheumatologie</i>	ja	Strahlentherapie	nein
		Teilnahmestatus	Grundversorger
		Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute	nein

2. EBM-Änderungen

Aufnahme der PFG als arztgruppenspezifische Leistung
in die entsprechenden Kapitel

Beispiel Gynäkologie



08220 **Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung gemäß Anlage 5a des BMV-Ä** zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 einmal im Behandlungsfall

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 08220 kann gemäß Anlage 5a des BMV-Ä ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der **fachärztlichen Grundversorgung** gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.*

Rechtsgrundlage: gemäß § 87 Abs. 2c Satz 3 SGB V als Zuschlag zur Grundpauschale für kurative Fälle (ohne reine Notfälle)

EBM-Änderungen

Ausschluss von Behandlungsfällen aus der Grundversorgung erfolgt ausschließlich über den Leistungskatalog



- Die Berechnung der PFG wird nur neben der Grundpauschale und anderen Grund- und wenigen Beratungsleistungen ermöglicht.
- Die Liste der Leistungen im Anhang 3 zum EBM wird auf Basis der Vorschläge überarbeitet .
- Die Überarbeitung der Liste wird auch mit der Zielsetzung erfolgen, die quantitativen Auswirkungen der PFG gegenüber dem bisherigen Konzept nicht wesentlich zu schmälern.

EBM-Änderungen

Ausschluss von Behandlungsfällen aus der Grundversorgung erfolgt ausschließlich über den Leistungskatalog



- **Kapitel**, die zum Ausschluss zur Abrechnung der PFG führen:
12, 17, 19, 24, 25, 36
- **Abschnitte**, die zum Ausschluss zur Abrechnung der PFG führen:
1.5, 1.7.6, 1.7.7, 1.8, 5.3, 5.4, 8.5, 30.3, 30.4, 30.5, 30.7, 30.8,
30.9, 30.10, 31.2, 31.3, 31.5, 32.3, 34.3 – 34.6, 35.2
- **Weitere GOPen**, die zum Ausschluss zur Abrechnung der PFG führen

EBM-Änderungen

12	Labormedizin	1.5	Praxisklinische Betreuung
17	Nuklearmedizin	1.7.6	Sterilisation
19	Pathologie	1.7.7	Schwangerschaftsabbruch
24	Radiologie	1.8	Substitution
25	Strahlentherapie	5.3	Narkosen
36	Belegärztliche Leistungen	5.4	Narkosen Geburt
		8.5	Reproduktionsmedizin
		30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung
		30.4	Physikalische Therapie
		30.5	Phlebologie
		30.7	Schmerztherapie/Akupunktur
		30.8	Soziotherapie
		30.9	Schlafstörungsdiagnostik
		30.10	HIV-Versorgung
		31.2	Ambulantes Operieren
		31.3	Überwachungsraum
		31.5	Narkosen
		32.3	Speziallabor
		34.3 – 34.6	Radiologie außer konventionellem Röntgen (nur Teilradiologie)
		35.2	Richtlinien-Psychotherapie

EBM-Änderungen am Beispiel der Internisten

Kapitel 13 - Gebührenordnungspositionen Schwerpunkt-Internisten



Grundversorgung

GOP	Kurzlegende	GOP	Kurzlegende
13290 - 13292	Grundpauschalen Angiologie	13540 - 13542	Grundpauschalen Kardiologie
13340 - 13342	Grundpauschalen Endokrinologie	13590 - 13592	Grundpauschalen Nephrologie
13390 - 13392	Grundpauschalen Gastroenterologie	13640 - 13642	Grundpauschalen Pneumologie
13435	Zusatzpauschale Onkologie	13675	Zusatzpauschale Onkologie
13340 - 13342	Grundpauschalen Hämato-/ Onkologie	13690 - 13692	Grundpauschalen Rheumatologie

EBM-Änderungen am Beispiel der Internisten

Kapitel 13 - Gebührenordnungspositionen Schwerpunkt-Internisten



außerhalb Grundversorgung

GOP	Kurzlegende
13300 - 13310	Zusatzpauschalen und weitere GOPen der Angiologie
13350	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion
13400 – 13431 + 13437 - 13439	Zusatzpauschalen und weitere GOPen der Gastroenterologie
13500 -13502	Zusatzpauschalen Hämato-/Onkologie
13545 – 13561	Zusatzpauschalen und weitere GOPen der Kardiologie
13600 - 13622	Zusatzpauschalen und Zuschlag Nephrologie
13650 – 13670 + 13677	Zusatzpauschalen und weitere GOPen der Pneumologie
13700 + 13701	Zusatzpauschalen Rheumatologie

